CENA 1.50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Maj 1951 Nr 5



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

CENA 1.50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Maj 1951 Nr 5

TRZECI TYDZIEŃ ZDROWIA

NACZELNE hasło III Tygodnia Zdrowia brzmi:

„W SZEREGACH POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA MASY PRACUJĄCE WALCZĄ O SWE WŁASNE ZDROWIE".

Hasło to streszcza w kilku słowach program naszej działalności.

Zadaniem naczelnym PCK, spełniającego rolę społecznego ramienia Służby Zdrowia, jest codzienna walka o włączenie mas pracujących do współpracy w dziele podniesienia zdrowia narodu.

Lecznictwo świata pracy, nierozerwalnie zrośnięte z wszechstronną akcją zapobiegawczą, to jeden z zasadniczych filarów, na których wspiera się gmach Socjalistycznej Gospodarki Narodowej, wiemy bowiem, że wysoki poziom zdrowia narodu — oznacza wysoki poziom wydajności jego pracy.

Zadaniem więc rzesz członkowskich PCK jest okazanie wydatnej pomocy organom Służby Zdrowia w walce o pełną realizację zadań ochrony zdrowia w Planie 6-letnim.

Zadaniem Kół Młodzieży i Dorosłych PCK, których liczba wzrośnie w r. 1951 do 25 tysięcy, jest dotarcie do warsztatów produkcji, do skupisk i mieszkań ludzi pracy i organizowanie systematycznej pracy nad podniesieniem kultury sanitarno-higienicznej mas pracujących.

Wzmagając troskę o człowieka i rozwijając budownictwo socjalistyczne, manifestujemy przed światem nasze dążenia do utrzymania pokoju między narodami. Naszą walkę o zdrowie człowieka przeciwstawiamy bezwstydnym i obłąkanym nawoływaniom do rzezi światowej.

Deklaracja Ideowa naszego Stowarzyszenia mówi:

„Polski Czerwony Krzyż jest wierny zasadom socjalistycznego humanitaryzmu, który głosi szczęście i dobro człowieka pracy, pokój i przyjaźń między narodami i potępia stanowczo ucisk i krwawe wojny imperialistyczne.

Służąc sprawie ludu pracującego, PCK włącza swój wysiłek do dzieła wykonania wielkiego Planu 6-letniego, do dzieła budownictwa socjalizmu i wzmożenia siły i obronności naszej Ojczyzny.

PCK wiąże najściślej całą swą działalność z ogólnonarodową walką o pokój, oraz z dążeniami bratnich organizacji w ZSRR i w krajach demokracji ludowej oraz organizacji demokratycznych w krajach kapitalistycznych — z dążeniami wszystkich, którzy zmierzają do okiełznania podżegaczy wojennych i utrwalenia pokoju między narodami".

Zgodnie z brzmieniem Deklaracji Ideowej, milionowa rzesza członkowska, zorganizowana w rozrzuconych po całym kraju Kołach PCK **włącza się entuzjastycznie do Frontu Narodowego, w którego szeregach obronimy pokój, zbudujemy Socjalizm.**

Z okazji III Tygodnia Zdrowia wybieramy z wachlarza naszych wielorakich zadań sprawy najważniejsze, najbardziej aktualne.

WŚRÓD zadań tych **na pierwszym miejscu** stawiamy **organizowanie kursów masowego szkolenia sanitarnego**, obejmującego zarówno młodzież szkolną jak robotników zatrudnionych w przemyśle, ludność wiejską i pracującą w PGR-ach i zrzeszoną w Spółdzielniach Rolnych.

Masowe szkolenie sanitarne ma przygotować sieć drużyn ratowniczych, ma **pokryć kraj tysiącami Posterunków Sanitarnych.** Jesteśmy dopiero na progu tej akcji. Obowiązkiem naszym jest przeszkolenie ludności całego kraju.

Hasłem naszym jest: **„W każdym zakładzie pracy, w każdej spółdzielni produkcyjnej, w PGR i POM, w każdym osiedlu i w każdej szkole Posterunek Sanitarny PCK".**

Posterunek Sanitarny PCK udzielać ma pierwszej pomocy w nagłym wypadku i zachorowaniu w szkole oraz zakładzie pracy. Do jego zadań należy niesienie prostej pomocy leczniczej w drobnych urazach, tak częstych w fabryce czy kopalni. W porę okazana nieskomplikowana pomoc (opatrunek, obmycie, jodynowanie itd.) zapobiega w wielu wypadkach dłuższej niezdolności do pracy.

Do zadań Posterunku Sanitarnego należy również dbanie o należyty poziom sanitarno-higieniczny w zakładzie pracy. Posterunek Sanitarny jest ważnym ogniwem w walce z chorobami zawodowymi, współdziała z Radą Zakładową w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy.

Wzorem radzieckiej Służby Zdrowia, lecznictwo i zapobieganie musi wkroczyć do fabryk i zjechać do szybu kopalnianego — tam powinno znajdować się pierwsze ogniwo Służby Zdrowia. Lekarz przemysłowej placówki leczniczej jest właśnie tym ogniwem, które kontaktuje chorego z dalszymi ogniwami — lekarzami opieki socjalistycznej, a Posterunek Sanitarny to jeden z najważniejszych pomocników tego lekarza. Przemysłowej opiece leczniczej służy w Zw. Radzieckim cały zespół instytucji znajdujących się na terenie fabryki, czy kopalni: poliklinika specjalistyczna z wydzieloną komórką lecznictwa chorób zawodowych, salą operacyjną, izbą chorych, siecią punktów lekarskich i pielęgniarsko-felczerskich przy każdym pawilonie fabrycznym oraz ewentualnie także nocne sanatorium. U nas tak pomyślana sieć nie jest jeszcze zorganizowana, a organizacja jej, to jedno z poważnych zadań służby zdrowia w Planie 6-letnim.

Jednym z ważnych ogniw tego przemysłowego ośrodka leczniczego, jak już powiedzieliśmy, jest Posterunek Sanitarny Czerwonego Krzyża.

Posterunek Sanitarny złożony z ratowników sanitarnych, wyszkolonych na kursach PCK, powiązany jest ściśle z jednostkami przemysłowej Służby Zdrowia, stacjami doraźnej pomocy, ośrodkami zdrowia i jest pomocnikiem tych instytucji.

DRUGIM z kolei doniosłym zadaniem, które stawiamy przed Kołami Młodzieżowymi i Kołami Dorosłych z okazji III Tygodnia Zdrowia jest **masowy werbunek kandydatów na dawców krwi.**

Szeroka akcja uświadamiająca i popularyzacyjna rozpoczęta na nowych zasadach w III Tygodniu Zdrowia i prowadzona w ciągu całego roku winna zmobilizować społeczeństwo wokół sprawy krwiodawstwa.

Czeka nas w tej dziedzinie trudna praca przełamania wielu szkodliwych przesądów, szeroka akcja uświadamiająca, która utoruje drogę nowoczesnemu lecznictwu krwią.

Musimy wpoić naszym współobywatelom przekonanie o dobroczynnej wartości krwiolecznictwa, a zarazem o zupełnej nieszkodliwości dawania krwi. Rzecz jasna, że dawanie krwi jest ujęte w ściśle opracowane normy kliniczne. Zgodnie z ustaloną normą od tego samego dawcy pobiera się krew nie więcej niż 8 razy w roku, i nie częściej niż co 6 tygodni, w ilości nie przekraczającej jednorazowo 300 mililitrów (centymetrów sześciennych).

Naszym zadaniem jest szerokie uświadamianie, iż dobrze zorganizowana służba konserwowania i przetaczania krwi, jest jednym z najważniejszych elementów racjonalnego lecznictwa. Krwiodawstwo ma bowiem coraz szersze zastosowanie we wszystkich bez mała dziedzinach medycyny: w chorobach krwi, w pediatrii, położnictwie, w chorobach zakaźnych, traumatologii. W chirurgii przy dużych zabiegach operacyjnych transfuzja w znacznym stopniu wzmaga stopień ich bezpieczeństwa. W rozległych oparzeniach ratujemy życie ludzkie, przetaczając kilka litrów krwi konserwowanej (oczywiście pobranej od szeregu dawców).

Szerokie zastosowanie krwi w lecznictwie da się zrealizować jedynie w warunkach posiłkowania się krwią konserwowaną, którą możemy mieć zawsze pod ręką, gotową do użycia w

nagłych wypadkach w ilości nawet kilku litrów. Poza tym, jak wiadomo, krew konserwowaną można przesyłać, w razie potrzeby, samolotem nawet na duże odległości.

Krew konserwowana nowoczesnymi metodami w niczym nie ustępuje krwi świeżo przetoczonej, posiada ona wszystkie właściwości lecznicze krwi świeżej, zachowując ją, przy zastosowaniu nowoczesnych płynów konserwacyjnych do 30 dni i dłużej.

Musimy jednak pamiętać, że nie wszyscy jeszcze zdają sobie z tego sprawę, nawet sami lekarze, a zwłaszcza ci, którzy utracili kontakt z medycyną naukową, osiadłszy na głębokiej prowincji, nie doceniają wartości krwi konserwowanej i rezygnują z jej użycia, utrudniając samym sobie pracę i opóźniając jednocześnie ratunek ciężko choremu.

Pobieraniem krwi od dobrowolnych dawców zajmują się Stacje Przetaczania i Konserwacji Krwi, które z kolei dostarczają tę krew placówkom leczniczym. W s z y s t k i e szpitale powinny otrzymywać ze Stacji krew w s z y s t k i c h grup. Aby sprostać temu zadaniu, Stacje muszą rozporządzać odpowiednią liczbę zarejestrowanych dawców krwi.

Naszym zadaniem, zadaniem wszystkich Kół PCK jest werbunek dobrowolnych dawców krwi dla Stacji Przetaczania.

Czy zadaniu temu potrafiliśmy sprostać?

Dotychczas, niestety, nie.

Liczba dawców, którymi rozporządzają wszystkie nasze Stacje razem wzięte jest mniejsza od liczby dawców, którymi dysponuje jeden tylko Moskiewski Szpital im. Botkina — jeden z wielu szpitali tego miasta.

Za dobrowolnie ofiarowaną krew dawcy otrzymują ekwiwalent pieniężny z przeznaczeniem na dożywianie się odpowiednimi pokarmami obfitującymi w witaminy, które przyśpieszają regenerację krwi.

Obowiązkiem Kół PCK, werbujących dawców jest otoczenie ich troskliwą opieką, zapewnienie im możliwie pełnego wykorzystania wczasów pracowniczych itp., pamiętajmy bowiem, że dawca krwi to cenny, uspołeczniony człowiek. Ludzi, którzy chcieliby traktować zaszczytny obowiązek dawania krwi chorym, jako pretekst do zaniedbywania obowiązków zawodowych lub jako sposób zarobkowania, należy natychmiast skreślić z listy dawców.

W III Tygodniu Zdrowia wszystkie Koła PCK rozpoczynają współzawodnictwo w werbowaniu dawców krwi. Szczegóły całej akcji omawia obszerny regulamin, rozesłany Kołom.

Rozumiejąc w pełni doniosłą rolę leczenia krwią, ratowania transfuzją zagrożonego życia ludzkiego, musimy prawdę tę spopularyzować w społeczeństwie.

Zadanie nasze uznamy za spełnione, jeśli doprowadzimy krwiodawstwo do takiego poziomu, przy którym najmniejsza nawet placówka lecznicza na głębokiej prowincji, każda Stacja Pogotowia Ratunkowego, każdy przemysłowy Ośrodek Leczniczy, czy Izba Porodowa Spółdzielni Rolniczej będzie mogła posługiwać się leczeniem krwią.

TRZECIM hasłem Tygodnia Zdrowia jest wezwanie do **werbowania kandydatek na kursy Młodszych Pielęgniarek.** W całej Polsce prowadzimy w dziesiątkach Ośrodków masowe szkolenie kadr pielęgniarskich. Dziewczęta i kobiety ze środowisk robotniczych i chłopskich tłumnie uczęszczają na kursy pielęgniarek PCK.

W Polsce Ludowej robotnicy i pracujący chłopi muszą mieć zapewnioną pełnowartościową pomoc w chorobie w naszych szpitalach i sanatoriach.

Córki robotników i chłopów, wyszkolone na kursach PCK, zapewnią swym ojcom i braciom należytą opiekę w szpitalach i sanatoriach.

Należy pamiętać, że zwiększając kadry fachowe średniego personelu leczniczego, poprawiamy poziom naszego lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego, a tym samym skracamy czas chorobowej niezdolności do pracy.

Tysiące wyszkolonych młodszych pielęgniarek zasili w tym jeszcze roku nasze zakłady lecznicze. Naszym zadaniem jest zapełnienie Ośrodków Szkolenia Pielęgniarskiego PCK nowymi tysiącami kandydatek.

* * *

Wszystkie nasze zadania wysunięte w III Tygodniu Zdrowia dadzą się zrealizować jedynie przy wydatnym wysiłku Kół PCK.

Koła nasze pod hasłami III Tygodnia Zdrowia zmobilizują do naszych zadań szerokie rzesze społeczeństwa, przyczyniając się do realizacji Wielkiego 6-letniego Narodowego Planu Gospodarczego, do budowy Socjalizmu w naszym kraju i pomnożenia gotowości obronnej naszej ojczyzny.

Jan Rutkiewicz

Etapy rozwoju służby zdrowia

Na łamach mies. „Pielęgniarka Polska" niejednokrotnie było już poruszane zagadnienie służby zdrowia w kraju. Poszczególne etapy jej rozwoju w ostatnich latach konsekwentnie zmierzały w kierunku wprowadzenia w Polsce klasowej służby opartej na doświadczonych wzorach Związku Radzieckiego.

Drogi rozwoju organizacji służby zdrowia uzależniano od aktualnej struktury gospodarczej i politycznej Państwa, ponieważ przemiany ustrojowe i zmiany w układzie sił klasowych są tu czynnikiem decydującym.

Różnica, jaka istnieje pomiędzy ochroną zdrowia w Związku Radzieckim a ochroną zdrowia w państwach kapitalistycznych nie polega tylko na tym, że w Związku Radzieckim jest większa liczba szpitali, poliklinik, lekarzy itd., ale przede wszystkim na odmienności zasad ustroju państwowego.

Właśnie socjalistyczny ustrój państwowy pozwala na wprowadzenie **zapobiegania i masowego lecznictwa**, pozwala na wprowadzenie zakładowych placówek służby zdrowia w przemyśle, bowiem państwo socjalistyczne jest z natury rzeczy zainteresowane w zmniejszeniu zachorowalności i śmiertelności. Natomiast system kapitalistycznej gospodarki usługami lekarskimi nie zwalczał zachorowalności masowej, ale w najlepszym razie poszczególne wypadki chorobowe. Od korzystania z pomocy lekarskiej odstraszał hamulec ekonomiczny, tj. cena, którą trzeba było płacić za towar — usługi lekarskie. System ten został w zupełności, radykalnie zmieniony w państwie socjalistycznym. Zobaczymy na krótkim przykładzie, jakie to dało efekty:

Umieralność w 1936 r. stanowiła w Czuwaskiej ASSR 61,9%, w Komi ASSR — 58,3%, w Tatarskiej ASSR — 55,7%, w Udmarskiej ASSR — 55,6%, w Mordowskiej ASSR — 48,4% — umieralności z roku 1913; umieralność zaś niemowląt obniżyła się od 3—5 razy w stosunku do 1913 r.

Przejście więc służby zdrowia w Polsce na drogi rozwoju analogiczne do dróg rozwoju Związku Radzieckiego jest aż nadto uzasadnione. Od chwili zjednoczenia klasy robotniczej w Polsce i zwalczenia prawicowo-oportunistycznego odchylenia stało się dla nas jasne, że jedyna droga, którą należy pójść, to droga, którą przeszedł Związek Radziecki.

POWOŁANE do życia po wyzwoleniu kraju Ministerstwo Zdrowia stanęło wobec olbrzymich trudności: wyniszczone kadry, zniszczone szpitale, epidemie powojenne, rozbicie organizacyjne i brak leków... Resort ten — powołany jeszcze przez PKWN — ponosił odpowiedzialność za stan zdrowotny ludności, nie miał jednak żadnych środków ani uprawnień ku temu, ponieważ lecznictwo klasy robotniczej nadal podlegało Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej. Niezależnie od Ministerstwa Zdrowia, istniało szereg odrębnych organizacji służby zdrowia, podległych innym resortom — Ministerstwu Obrony Narodowej, Ministerstwu Bezpieczeństwa Publicznego, PKO, poza tym — Ubezpieczalnie Społeczne, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Polski Czerwony Krzyż, Spółki Brackie, Miejska Pomoc Lekarska m. Warszawy i Lublina, szpitale kongregacyjne, prywatne lecznice, Spółdzielnie Zdrowia itp.

Duża liczba ośrodków dyspozycyjnych uniemożliwiała jakiekolwiek planowanie i gospodarkę kadrami, uniemożliwiała tak ważną kontrolę wykonania.

Jednocześnie, obok Ministerstwa Zdrowia i Samorządu terytorialnego, w sprawach zdrowia zainteresowane było Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, które sprawowało nadzór nad Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalniami Społecznymi. System ubezpieczeniowy zajmował się udzielaniem świadczeń leczniczych oraz przyznawaniem rent i zasiłków chorobowych, rodzinnych, wypadkowych itd. Organizacja Ubezpieczalni Społecznych była oparta na pracy 61 Dyrekcji US, które nie pokrywały się z podziałem terytorialnym Państwa. Niektóre Dyrekcje obejmowały swoim zasięgiem całe województwa, jak Olsztyn, Opole, inne obejmowały tylko jedno miasto, jak np. Zabrze, inne znowu obejmowały miasto z powiatem lub kilku powiatami, jak np. Warszawska

Dyrekcja US, która obejmowała Warszawę oraz 5 powiatów województwa warszawskiego. Współpraca między organami terenowymi i władzy a Dyrekcjami była niezwykle utrudniona. Na terenie województwa katowickiego było np. 10 Dyrekcji US podległych bezpośrednio Centrali ZUS w Warszawie. Rozbieżność planowania była konsekwentnie uzupełniana rozbieżnością wykonania.

ZUS i US obejmowały poważną część świadczeń udzielanych społeczeństwu. Stosunek udzielonych porad lekarskich przez placówki społecznej służby zdrowia przedstawiał się w okrągłych cyfrach następująco:

> W roku 1949 placówki Ubezp. Społ. udzieliły około 40 milionów porad, w roku 1949 samorządowe ośrodki zdrowia udzieliły około 10 milionów porad.

Niezależnie od tego systemu, US posiadały (po wojnie) około 28 sanatoriów przeciwgruźliczych. System ubezpieczeniowy przedstawiał poważną siłę na tym polu nie tylko ilościowo, ale przede wszystkim jakościowo, bowiem Ubezpieczalnie Społeczne leczyły przede wszystkim klasę robotniczą — najpotężniejszą część naszego społeczeństwa. Należy przy tym pamiętać, że ilość pracujących wzrosła w stosunku do okresu przedwojennego czterokrotnie.

Ujednolicenie służby zdrowia w kraju wymagało więc przede wszystkim stworzenia takiej administracji, która miałaby prawo dysponowania całym stanem kadr oraz zakładów lecznictwa zamkniętego i otwartego — stworzenia aparatu administracyjnego, równoległego do aparatu Rad Narodowych, który objąłby pełną władzę na terenie sobie podległym.

W tej sytuacji Biuro Polityczne KC PZPR powzięło uchwałę o powołaniu **Zakładu Lecznictwa Pracowniczego i ujednoliceniu** Służby Zdrowia w kraju. Był to pierwszy poważny etap konsolidacji.

Zostały powołane oddziały Zakładu Lecznictwa Pracowniczego w miastach wojewódzkich oraz obwodowe oddziały pokrywające się w zasadzie z powiatami. Dla ściślejszego połączenia obu aparatów — pełnomocnikami, a następnie kierownikami oddziałów wojewódzkich i powiatowych zostali Kierownicy Wydziałów Zdrowia wojewódzkich i powiatowych Rad Narodowych. Unia personalna wpłynęła na koordynację zadań oraz pełniejsze wykorzystanie urządzeń i personelu. Powiązano tworzącą się organizację z właściwym gospodarzem terenu i cała dalsza praca mogła postępować przy współpracy Rad Terenowych. Od tej chwili Zakład Lecznictwa Pracowniczego podlegał już kierownictwu i nadzorowi Ministerstwa Zdrowia.

W roku 1951 ZLP objęty został budżetem centralnym Państwa, wydziały zdrowia Rad Narodowych i ich placówki pozostały jednak na budżecie terenowym poszczególnych Rad. Pierwszy etap organizacyjny został zakończony. Stworzenie ZLP nie było jednak celem, ale środkiem do celu, tj. do ujednolicenia służby zdrowia w kraju.

Ustawa o powołaniu ZLP w lipcu 1950 r. likwidowała Ubezpieczalnie Społeczne, a wszystkie funkcje lecznicze zostały przejęte przez ZLP. Dla wypełnienia tych funkcji ubezpieczeniowo-finansowych, a więc wypłaty zasiłków chorobowych, rodzinnych, emerytur, rent itd. powołany został nowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w najbliższym czasie przejdzie do Centralnej Rady Związków Zawodowych i przejmie zadania odpowiadające funkcjom „Soc.-strach.“ w Związku Radzieckim (społeczne ubezpieczenie).

Tak więc **pierwszym zadaniem ZLP było ujednolicenie służby zdrowia w kraju.**

JAK już wyżej wspomnieliśmy, obok aparatu leczniczego ubezpieczalni społecznych, istniały jeszcze inne poważne ogniwa organizacyjne — niezjednoczone, a do najważniejszych ogniw należeli tzw. „lekarze przemysłowi“.

Wykonanie wielkiego i śmiałego Planu 6-letniego wymaga mobilizacji i wysiłku całego narodu, w szczególności zaś klasy robotniczej. Musimy więc na wszystkich odcinkach życia zbiorowego przeprowadzić mobilizację rezerw ludzkich i materiałowych. Ustawa o Planie 6-letnim, wyliczając warunki konieczne do jego realizacji, mówi m. in.: „dla osiągnięcia tych celów należy zapewnić warunki zdrowotne mas pracujących i ulepszyć ochronę zdrowia ludności, poprawić warunki bezpieczeństwa i higieny pracy“.

Zniszczenia wojenne i smutna tradycja okresu międzywojennego nie pozwala na otoczenie równomierną opieką lekarską wszystkich ludzi w kraju, bowiem brak kadr lekarskich, pomocniczo-lekarskich i sprzętu lekarskiego utrudnia

tę opiekę. Kadry i materiały znajdujące się w naszej dyspozycji powinny być tak racjonalnie zużyte, aby po zapewnieniu najniezbędniejszego minimum zdrowotnego (zagadnienia sanitarne, epidemie) i zapewnieniu rozwoju nauki (szkolenie nowych kadr, badania naukowe) zarezerwować je przede wszystkim dla tej grupy ludzi, która realizuje Plan 6-letni.

Istniejące dotychczas przepisy o ochronie zdrowia w przemyśle są bardzo skromne, poza tym z punktu widzenia współczesnej medycyny, szkodliwe jest oddzielanie profilaktyki od leczenia, jak się to dotąd działo w przemyśle, gdyż warunki pracy mają ścisły związek ze stanem zdrowia robotnika, a leczenia nie może prowadzić lekarz nie znający pracy i procesu produkcyjnego.

Należało więc zmienić zasady organizacyjne ochrony zdrowia w sposób następujący: jedna osoba (lekarz, felczer, pielęgniarka) powinna prowadzić, oczywiście w zakresie swego działania, akcję leczenia i zapobiegania. Dotychczas było to niemożliwe, ponieważ zagadnienia higieny i bezpieczeństwa pracy należały do poszczególnych resortów gospodarczych (Ministerstwo Przemysłu Ciężkiego, Lekkiego, Handlu itd.) oraz częściowo do Ministerstwa Pracy. Lecznictwo natomiast należało do byłych Ubezpieczalni Społecznych, a zapobieganie i oświata sanitarna do Ministerstwa Zdrowia. W tych warunkach nie mogło być mowy o współzależności problemowej. Ustawa o powołaniu ZLP uregulowała zasadniczo tę sprawę. ZLP, jako organ Ministerstwa Zdrowia otrzymał uprawnienia badania warunków pracy na miejscu w zakładzie pracy. Placówka zdrowia w zakładzie pracy jest jak gdyby małym „Ministerstwem Zdrowia“ z wszystkimi jego zagadnieniami: leczeniem, zapobieganiem, oświatą sanitarną, doszkalaniem personelu fachowego i ratowników zdrowia.

Zmiana więc zasad organizacyjnych ochrony zdrowia w przemyśle była drugim poważnym zadaniem Zakładu Lecznictwa Pracowniczego.

W chwili obecnej odbywa się dalszy etap prac zapoczątkowanych w ubiegłym roku. Ministerstwo Zdrowia opracowało nowy schemat organizacji wojewódzkich i powiatowych wydziałów zdrowia po wchłonięciu zadań oddziałów wojewódzkich i obwodowych oddziałów ZLP. W ten sposób wszystkie placówki służby zdrowia podlegać będą w terenie Radom Narodowym, centralnie — Ministerstwu Zdrowia. W najbliższym czasie zostanie zlikwidowany ZLP na wszystkich szczeblach w kraju. W ten sposób jednolita służba zdrowia w Polsce zostanie zorganizowana jeszcze w roku bieżącym.

W. T.

III TYDZIEŃ ZDROWIA

w roku bieżącym odbędzie się w czasie

od **10** do **17** czerwca

Hasło naczelne III Tygodnia Zdrowia

„W NASZYCH SZEREGACH PCK MASY PRACUJĄCE WALCZĄ O WŁASNE ZDROWIE“

Doc. Dr. MIECZYSŁAW FEJGIN

Choroba wrzodowa

(dokończenie)

OBJAWY KLINICZNE CHOROBY WRZODOWEJ

Najbardziej stały i charakterystyczny objaw choroby wrzodowej stanowią **bóle**. Zdarzają się wprawdzie z rzadka przypadki owrzodzeń żołądka i dwunastnicy, przebiegające zupełnie bezobjawowo, a wykrywane przypadkowo podczas badania rentgenowskiego, albo ujawniające się niespodzianie przez nagły krwotok lub nawet przedziurawienie do jamy otrzewnej pozornie wśród zupełnego zdrowia. Najczęściej jednak chorzy na chorobę wrzodową odczuwają dotkliwe i wcześnie występujące bóle. Bóle te opisywane jako palące, świdrujące, ściągające, kurczowe, albo gniotące, zlokalizowane są najczęściej w linii środkowej brzucha między wyrostkiem mieczykowatym, a pępkiem, czasami bardziej w prawo (przy wrzodach dwunastnicy) lub nieco w lewo. Niekiedy bóle umiejscawiają się nietypowo np. w plecach lub w okolicy serca (zwłaszcza przy owrzodzeniach okolicy wpustu żołądka). Bóle wrzodowe cechuje przewlekłość, okresowość w przebiegu oraz związek z porami dnia i rodzajem przyjmowanych pokarmów.

Na ogół dolegliwości wrzodowe trwają czas dłuższy (znane są przypadki o kilkunasto- i kilkudziesięcioletnim przebiegu). Uderza przytem wyraźna okresowość nasileń bólowych — w okresach wiosennych i jesiennych. Okresy pogorszeń i zwolnień mogą mieć różny czas — dni, tygodnie, miesiące. Z biegiem czasu okresy nasileń mogą stawać się coraz dłuższe, a zwolnień — odpowiednio krótsze. Na występowanie obostrzeń mają oczywiście wpływ rozmaite czynniki szkodliwe, jak przemęczenie fizyczne i psychiczne, przypadkowe zatrucia i infekcje, nieregularny tryb życia i niehigieniczny sposób odżywiania.

Bóle wrzodowe — poza okresowością — cechuje również wyraźna cykliczność w stosunku do pory dnia, względnie do pory przyjmowania pokarmów. Owrzodzenia żołądka powodują zwykle wcześniejsze występowanie dolegliwości 1—1,5 godzin po jedzeniu. Wrzody okolicy przyodźwiernikowej, a zwłaszcza dwunastnicze dają bóle późne 2—4 godziny po jedzeniu, nieraz zaś budzą chorych w nocy lub nad ranem (bóle głodowe) i zazwyczaj ustępują przejściowo po przyjęciu jakiegoś pokarmu np. mleka. Niektórzy autorzy podkreślają, iż bóle wrzodowe posiadają charakterystyczny rytm — inny dla wrzodów żołądka (posiłek — przemijający spokój — ból — ustąpienie bólu aż do następnego posiłku) inny zaś dla dwunastnicy (posiłek, zwolnienie bólu — ból aż do następnego posiłku itd.). Często na bóle wpływa pozycja pacjenta: ułożenie na prawym boku łagodzi ból przy wrzodach na małej krzywiźnie i w części przyodźwiernikowej, ułożenie na brzuchu łagodzi bóle przy wrzodach tylnej ściany żołądka.

Po zagojeniu się wrzodu bóle mogą ustąpić na czas dłuższy, nieraz na całe lata, aż do ponownego obostrzenia się starego wrzodu lub wytworzenia się nowego. Nieraz bóle ustępują nawet na czas dłuższy, mimo utrzymywania się objawów wrzodu w obrazie rentgenowskim. Szczególniej dotkliwe i uporczywe są dolegliwości przy wrzodach modzelowatych lub drążących do sąsiednich narządów.

Bóle wrzodowe zależą od szeregu czynników, z których jako najważniejsze wymienia się: działanie kwaśnego soku na powierzchnię wrzodu, odczyn zapalny w otoczeniu wrzodu, mechaniczne drażnienie przez cząstki pokarmowe i przez ruchy robaczkowe żołądka.

Do bardzo częstych objawów choroby wrzodowej należą **wymioty**. Występują one zaraz lub w parę godzin po posiłku, nieraz z samego rana, na czczo, jako skutek nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. Wymiociny zawierać mogą czysty sok żołądkowy, resztki pokarmowe, nieraz krew (przy wrzodach krwawiących, mają wtedy wygląd fusów kawowych).

Po wymiotach pacjenci zazwyczaj odczuwają ulgę i dlatego nieraz sami wywołują je sztucznie.

Do częstych objawów w tej chorobie należą również: uczucie palenia za mostkiem, tzw. „zgaga", kwaśne odbijania, niesmak w ustach oraz stolce często zaparte, czasami — smołowate, wskutek domieszki krwi.

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie opiera się przeważnie na charakterystycznych wywiadach, wynikach badań rentgenowskich i laboratoryjnych, w daleko mniejszym stopniu zaś na objawach miejscowych.

Okresowy przebieg sprawy, cykliczne bóle, zgaga, częste wymioty i smoliste stolce pozwalają z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać chorobę wrzodową. Dla potwierdzenia konieczne są badania pomocnicze i uzupełniające — badanie treści żołądkowej i prześwietlenie przewodu pokarmowego.

Treść żołądkową najlepiej wydobywać przez cienką sondę dwunastniczą, badać zaś metodą badania cząsteczkowego: na czczo, trzykrotnie, co 10 minut i po śniadaniu kofeinowym — co 15 minut. W chorobie wrzodowej zwykle otrzymuje się już na czczo sporą ilość kwaśnego płynu, co świadczy o nadmiernym wydzielaniu i nadmiernej kwasocie soku żołądkowego. Po próbnym śniadaniu wydzielanie treści o znacznej zawartości kwasu solnego trwa nieraz bardzo długo 1,5—2 i więcej godzin. Przy zwężeniu odźwiernika stwierdza się obecność resztek pokarmowych, czasami z poprzedniego dnia lub nawet dawniejszych.

Badania rentgenologiczne stanowi najważważniejszą metodę rozpoznawczą w chorobie wrzodowej. Przy odpowiedniej technice badania i odpowiednich warunkach pozwala ono na ustalenie rozpoznania z całkowitą niemal pewnością w 90—95% przypadków.

Objawy uzyskiwane przy pomocy rentgena można podzielić na bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich — należy stwierdzenie tzw. „niszy" wrzodowej, stanowiącej naddatek cieniowy w zarysie żołądka wskutek wypełnienia masą kontrastową ubytku tkanki w miejscu owrzodzenia. Nisze, zwane „niszami Haudeka", widoczne są najczęściej na małej krzywiźnie żołądka, choć mogą występować i na dużej krzywiźnie i na tylnej ścianie żołądka. Przy użyciu małej ilości papki kontrastowej, jak to się stosuje w celu uwidocznienia błony śluzowej żołądka, można stwierdzić, iż — w przypadkach owrzodzenia — fałdy śluzówki tracą swój normalny równoległy przebieg, a zbierają się gwiaździsto w kierunku wrzodu, albo w ogóle przedstawiają rysunek nieprawidłowy.

Owrzodzenie opuszki dwunastnicy w obrazie rentgenowskim rzadko daje wyraźny zarys niszy. Najczęściej w tych wypadkach stwierdza się zmieniony, zniekształcony obraz opuszki, utrzymujący się trwale na serii kolejnych zdjęć, w odróżnieniu od przemijających zniekształceń, spowodowanych przez chwilowe stany kurczowe.



Nisza wrzodowa na krzywiźnie małej żołądka.

Badanie rentgenowskie pozwala jeszcze wykryć szereg innych charakterystycznych dla wrzodu objawów, jak dużą ilość płynnej zawartości na czczo, zbyt długie zaleganie kontrastu w żołądku wskutek utrudnionego przechodzenia przez zwężony kurczowo lub bliznowato zniekształcony odźwiernik, znaczne zmiany zarysu żołądka (żołądek klepsydrowaty), zbyt szybkie przechodzenie treści przez opuszkę dwunastnicy, co świadczy o wzmożonej pobudliwości tego narządu na skutek owrzodzenia. Badanie rentge-

nowskie wreszcie pozwala wykryć nieraz wczesny okres rozwoju nowotworu złośliwego.

Cennym uzupełnieniem rentgenoskopii i rentgenografii żołądka jest gastroskopia, która jako metoda rozpoznawcza zdobywa sobie w ciągu ostatnich lat coraz powszechniejsze prawo obywatelstwa w klinice. Gastroskopia polega na wprowadzeniu do żołądka specjalnego wziernika i na bezpośrednim oglądaniu błony śluzowej, by naocznie stwierdzić zmiany chorobowe. Metoda ta odgrywa coraz donioślejszą rolę w rozpoznawaniu i różniczkowaniu stanów zapalnych, owrzodzeń i początkujących zmian nowotworowych błony śluzowej żołądka.

Rozpoznanie różnicowe choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy pomimo arsenału metod badawczych, jakimi dysponuje dziś klinika, nie zawsze jest łatwe, zwłaszcza gdy chodzi o przypadki nietypowe, przebiegające skrycie, gdzie może wchodzić w grę inne schorzenie samego żołądka, lub innego sąsiadującego z nim narządu, np. woreczka żółciowego. Znane są powszechnie owrzodzenia przebiegające zupełnie bez żadnych objawów chorobowych; pierwszym objawem klinicznym takiego wrzodu może być krwawienie lub nawet przebicie się do otrzewnej.

Praktycznie największe znaczenie posiada sprawa różniczkowania wrzodu trawiennego żołądka z nowotworami złośliwymi tego narządu, gdyż wczesne rozpoznanie decyduje w tych wypadkach często o życiu pacjenta.

Otóż, wg Orłowskiego wrzód trawienny dotyczy częściej osobników młodych, rak — starszych, ponad 40 lat. Chory z wrzodem podaje zwykle, iż dolegliwości trwają od lat, wywiady chorego na raka są znacznie krótsze, sięgają miesięcy, rzadziej powyżej 1 roku. Zachowane łaknienie przemawia za wrzodem, brak łaknienia, w szczególności zaś wstręt do mięsa — za rakiem.

W raku stwierdza się szybko postępującą niedokrwistość i wyniszczenie, bóle wykazują mniej zaznaczoną zależność od pory przyjmowania pokarmów, nie spostrzega się również okresowości bólów. Stała obecność niewielkiego krwawienia w kale (tzw. „krwawienie utajone") przemawia za rakiem, natomiast obfite krwotoki spotyka się częściej w przebiegu choroby wrzodowej.

Rak żołądka wykazuje zwykle brak kwasu solnego w treści wydobytej przy pomocy zgłębnika, natomiast można w niej nieraz stwierdzić obecność kwasu mlecznego — w przeciwieństwie do nadmiaru kwasu solnego w treści żołądkowej przy chorobie wrzodowej. Najłatwiej jednak i najpewniej rozstrzyga wątpliwości różniczkowo-rozpoznawcze wynik badania rentgenowskiego, który daje charakterystyczny obraz niszy w chorobie wrzodowej, zaś w raku tzw. „ubytki cieniowe", to jest braki w konturach żołądka na kliszy rentgenowskiej (zawiesina kontrastowa nie dochodzi do odcinków, zajętych przez masy nowotworowe i odcinki te nie ukazują się na zdjęciu).

Wreszcie rozstrzygać może wyniki gastroskopii, która pozwala na bezpośrednie obejrzenie ogniska chorobowego w ścianie żołądka, jeśli w ogóle znajduje się ono w miejscu dostępnym dla badania.

Choroba wrzodowa może posiadać wiele wspólnych cech klinicznych z przewlekłym nieżytem błony śluzowej żołądka. Przy przewlekłym nieżycie nie stwierdza się na ogół ściśle umiejscowionych punktów bolesnych, jak we wrzodach; bolesność uciskowa bywa tu raczej rozlana w całym nadbrzuszu. Nie stwierdza się także wymiotów krwawych, ani stolców smolistych. Wreszcie stwierdzenie znacznej ilości śluzu w treści żołądkowej i brak niszy w obrazie rentgenowskim również przemawia raczej za nieżytem niż za wrzodem.

Niektóre przypadki schorzeń woreczka żółciowego mogą dawać powód do pomyłek rozpoznawczych z wrzodem żołądka. Choroby woreczka żółciowego dotyczą jednak — w przeciwieństwie do wrzodów trawiennych — częściej kobiet, niż mężczyzn, występują nieraz w związku z ciążą lub bezpośrednio po porodzie i powodują od czasu do czasu — zwykle po błędach dietetycznych — gwałtowne napady bólowe z wymiotami, czasami z gorączką i żółtaczką. Nie stwierdza się u tych chorych długotrwałych, wielotygodniowych okresów bólów codziennych, występujących sezonowo, jak w chorobie wrzodowej, nie spotyka się z reguły wymiotów krwawych, ani stolców smołowatych, zaś kwasota soku żołądkowego jest zazwyczaj obniżona.

Czasami przewlekłe stany zapalne jelita ślepego i wyrostka robaczkowego mogą powodować objawy dyspeptyczne, przypominające chorobę wrzodową żołądka, jak bóle i ściskania w dołku, odbijania, wzdęcia, zaparcie stolca. Jednak brak tu okresowego i cyklicznego charakte-

ru dolegliwości w wywiadach, bolesność uciskowa lokalizuje się w prawym dole biodrowym, a nie w dołku, a wynik dokładnego badania rentgenowskiego wykazuje brak charakterystycznej niszy wrzodowej, natomiast widzi się obecność danych, przemawiających za schorzeniem okolicy kątniczo-czczej (bolesność, ograniczona ruchomość i zaleganie treści kontrastowej w tej okolicy, brak — lub przerywany i zmieniony zarys wyrostka w seryjnych zdjęciach).

LECZENIE

Powodzenie w leczeniu różnych stanów chorobowych ustroju ludzkiego zależy nie tylko od stosowania tego czy innego środka, działającego na czynnik zewnętrzny wywołujący dane schorzenie, ale i od zadziałania na ustrój chorego w kierunku wzmożenia jego sił obronnych do skutecznej walki z chorobą. Prace radzieckich badaczy Sperańskiego, Szamowa, Wiszniewskiego i innych dowiodły, że cel ten można osiągnąć przez stosowanie pewnych bodźców, działających na układ nerwowy, jeżeli bodźce te nie są zbyt silne. Takie słabe bodźce pobudzają tkankowe procesy troficzne, zależne od układu nerwowego. Ten ostatni czynnik posiada w leczeniu choroby wrzodowej bodaj największe znaczenie ze względu na rolę wyższych ośrodków nerwowych w powstawaniu i podtrzymywaniu sprawy chorobowej. Oto co pisze Bykow, jeden z najbardziej znanych uczniów i kontynuatorów nauki Pawłowa w Związku Radzieckim: „Przy rozstrzyganiu zagadnień dotyczących leczenia choroby wrzodowej należy opierać się na właściwym ujmowaniu patogenezy tego schorzenia, a przede wszystkim ześrodkować uwagę lekarzy na konieczności przywrócenia czynności najważniejszego z mechanizmów regulujących — kory półkul mózgowych. Wydaje się, że w chwili obecnej posiadamy wszystkie teoretyczne przesłanki, niezbędne dla skutecznego stosowania w chorobie wrzodowej leczniczo-ochronnego hamowania kory mózgowej przy pomocy przedłużonego snu, sprzyjającego przywróceniu uszkodzonych mechanizmów korowych, które regulują czynności wegetatywne ustroju".

Jak wynika bowiem z omówionych powyżej poglądów szkoły Pawłowa, istota choroby wrzodowej polega przede wszystkim na zaburzeniu prawidłowej czynności kory mózgowej, a dotyczy normalnego hamowania i regulowania pracy niższych ośrodków nerwowych. Sen przedłużony, wyłączając na pewien czas korę mózgową z pod szkodliwych wpływów (extero- i enteroceptywnych) pozwala na przywrócenie jej normalnej czynności hamującej i regulacyjnej. Z tego punktu widzenia ta metoda lecznicza musi być uważana za wyraz zadziałania na mechanizmy fizjopatologiczne schorzenia — w przeciwieństwie do przyjętych dotąd powszechnie metod, skierowanych przeważnie na zwalczanie poszczególnych objawów i zmian miejscowych. Jest to całkowicie nowy i oryginalny kierunek myśli klinicznej. Pomyślne wyniki, otrzymywane przy stosowaniu tej metody, stanowią najwymowniejsze potwierdzenie słuszności teoretycznych założeń nauki Pawłowa i jego szkoły.

Technika leczenia snem przedłużonym polega na utrzymywaniu pacjenta w stanie snu przez 17 do 20 godzin na dobę w ciągu 16—20 dni przy pomocy środków nasennych z grupy barbiturowej (amytalu, wzgl. luminalu, przeciętnie po 0,2 g — 3 razy dziennie). Można sobie pomagać przez dodawania niewielkich ilości chloralhydratu. Krótkotrwałe przerwy w śnie wykorzystuje się dla mycia, karmienia i potrzeb fizjologicznych. Leczenie snem trzeba przeprowadzać w warunkach, które zapewniają absolutną ciszę (zaciemniony pokój, zabezpieczony przed hałasem z zewnątrz), oraz troskliwą opiekę pielęgniarską i lekarską ze stałą kontrolą tętna, ciśnienia, oddechu, ciepłoty ciała itd.

W Związku Radzieckim istnieją specjalne oddziały szpitalne dla leczenia snem przedłużonym, a i u nas w Akademii Lekarskiej w Lublinie zorganizowano podobny oddział. Omawiany sposób leczenia okazał się bardzo skuteczny, gdyż pozwala na szybkie uzyskanie poprawy, nieraz na dłuższy czas. Bóle i wymioty znikają niemal natychmiast, a często ustępują nawet objawy rentgenowskie.

Wszystkie stosowane dotąd sposoby leczenia, łącznie z leczeniem operacyjnym, stanowią raczej metody objawowe i dlatego działanie ich nie jest całkowicie pewne.

Zasadniczym warunkiem skutecznego leczenia choroby wrzodowej jest zapewnienie choremu jak największego spokoju fizycznego i psychicznego. Jest więc rzeczą zrozumiałą, że leczenie w warunkach szpitalnych, czy sanatoryjnych, z dala od codziennych kłopotów, zwykłych wysiłków fizycznych i urazów psychicznych, a w cięższych przypadkach bezwzględne leżenie w

łóżku — daje, jak stwierdza radziecki autor Pewzner, znacznie lepsze i pewniejsze wyniki, aniżeli leczenie ambulatoryjne. Dalszym warunkiem osiągnięcia mniej lub więcej trwałego wyniku, jest dostatecznie długi czas kuracji. Orłowski twierdzi, że w przypadkach zadawnionych wrzodów należy trzymać chorych w łóżku w ciągu co najmniej 6—8 tygodni, zaś w przypadkach świeżych owrzodzeń — 2 do 3 tygodni. Ale nawet w najlepszych warunkach, trwałą poprawę udaje się uzyskać tylko w niewielkim odsetku, i to raczej w przypadkach owrzodzeń świeżych. Przeważnie, po pewnym okresie poprawy następuje nawrót dolegliwości na tle wznowy dawnego wrzodu lub powstania świeżego. W ogóle o wyleczeniu można mówić jedynie w tych przypadkach, w których poza ustąpieniem podmiotowych dolegliwości można stwierdzić trwałe zniknięcie objawów rentgenologicznych (niszy wrzodowej). Zdarza się to jednak stosunkowo rzadko.

Bardzo ważną rolę w leczeniu choroby wrzodowej odgrywa odpowiednia dieta. Istnieje cały szereg przepisów dietetycznych, odpowiednich do różnych okresów choroby. Zasadniczo diety te powinny działać jak najmniej pobudzająco na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka, pokarmy powinny być podawane w formie jak najłatwiej strawnej, aby nie wywoływać mechanicznego podrażnienia błony śluzowej żołądka, muszą być spożywane często i w niewielkich ilościach, aby nie rozciągać ściany żołądka. Sposób przyrządzania pokarmów powinien być możliwie prosty, aby eliminować psychiczny wpływ na wydzielanie soku trawiennego, muszą one jednak zawierać dostateczną ilość składników odżywczych i witamin dla zapewnienia ustrojowi odpowiedniego zaopatrzenia energetycznego.

Ważną rolę wśród zaleceń leczniczych posiada zakaz palenia tytoniu, gdyż nikotyna wpływa zdecydowanie źle i powoduje obostrzenie dolegliwości.

W okresach obostrzeń z silnymi bólami i wymiotami przede wszystkim należy chorego położyć do łóżka i zastosować bardzo ścisłą dietę, najlepiej mleczną, podając co godzinę po 3/4 — 1 szklanki mleka (2—3 litrów na dobę) w ciągu pierwszych kilku dni, polecając pić mleko również i w nocy w razie przebudzenia się. W tych wypadkach można również podawać białko z kilku jaj, z lekka ubite z małą ilością cukru i dodatkiem kilku kropel soku cytrynowego dla smaku. Jednocześnie można stosować środki alkalizujące sok żołądkowy — dwuwęglan sodu z węglanem wapnia lub sodą paloną, przetwory glinu (Alucol, Alusal), czy inne gotowe przetwory (Neutrol), ale przede wszystkim podawać należy bromek sodu z atropiną, ewentualnie z dodatkiem cukrzanu wapnia (sol. Natrii Bromati 10% po 10 ml z 1 mg atropiny i z 1 ampułką sol. Calcii gluconati razem). Działamy w ten sposób jednocześnie uspokajająco na korę mózgową (brom) i na układ wegetatywny (atropina i wapń), celem przywrócenia naruszonej równowagi korowo-wegetatywnej, stanowiącej podłoże choroby wrzodowej.

Dzięki takiemu skojarzonemu postępowaniu, skierowanemu zarówno przeciwko objawom miejscowym, jak i zaburzeniom ze strony ośrodkowego układu nerwowego, w ogromnej większości wypadków udaje się uzyskać poprawę — uspokojenie bólów i wymiotów, tak że można przejść do następnego etapu leczenia.

W drugim etapie można nieco urozmaicić i rozszerzać stopniowo dietę. W tym względzie istnieje cały szereg ścisłych przepisów, np. dieta Sippiégo, Jarockiego, Pewznera itd. Jednak w warunkach przeciętnego szpitala, nie posiadającego specjalnej kuchni dietetycznej z odpowiednio wykwalifikowanym personelem, można obrać sposób postępowania praktycznego, który daje zupełnie dobre wyniki, pomimo że niezupełnie odpowiada wyżej wspomnianym schematom dietetycznym. Tak więc po okresie diety ściśle mlecznej i po uzyskaniu wyraźnego złagodzenia, względnie ustąpienia dolegliwości, co zazwyczaj osiąga się w ciągu kilku dni, zaczynam dodawać do diety po 4 do 6 jaj prawie surowych (sparzonych), 100—150 g śmietankowego masła, sucharki, ewentualnie mannę na mleku i witaminy B i C w zastrzyku dożylnym, redukując jednocześnie ilość mleka do 3—4 szklanek na dobę, kładąc nadal nacisk na częste przyjmowanie posiłków. Jeżeli poprawa utrzymuje się, przechodzimy do dalszego rozszerzania diety przez dodawanie przetartych kartofli z masłem i jarzyn w postaci purée, czerstwej bułki, zup (nie na wywarze mięsnym), wreszcie białka zwierzęcego w postaci gotowanych ryb lub mięsa, a jeszcze lepiej w postaci surowego mięsa mielonego (tzw. tatarski befsztyk), które chorzy bardzo chętnie jedzą i doskonale znoszą.

Po 4—6 tygodniach takiego postępowania poprawa jest zwykle tak znaczna, że chory mo-

że już opuścić szpital i kontynuować leczenie ambulatoryjnie lub udać się dla utrwalenia poprawy do odpowiedniego sanatorium.

W tym okresie można stosować leczenie podawaniem serii z 30—50 zastrzyków domięśniowych bardzo modnego niegdyś przetworu, zawierający jeden z aminokwasów (histydynę), która jakoby ma przyśpieszać gojenie się wrzodu. Przetwory te, znane pod nazwą „Larostydyny", „Gerulcyny", ewentualnie wprost „histydyny" stosowane są i obecnie dość często ambulatoryjnie i istotnie nieraz z dobrym, ale często tylko przemijającym skutkiem.

W ten sposób, jak już wspomniano, można uzyskać nieraz nawet całkowite wyleczenie (z ustąpieniem objawów rentgenologicznych), zwłaszcza w sprawach względnie świeżych. W dłużej trwającej chorobie wrzodowej natomiast udaje się uzyskać najczęściej tylko poprawę przemijającą. Po pewnym czasie dolegliwości wracają, w obrazie rentgenologicznym można stwierdzić, że nisza utrzymuje się w dawnym miejscu, albo powstała w innym (świeże owrzodzenie).

W zadawnionych i uporczywych przypadkach nasuwa się kwestia leczenia operacyjnego przez usunięcie znacznej części narządu (rezekcja części żołądka), ewentualnie wykonanie tzw. zespolenia żołądkowo-jelitowego, które pozwala pokarmom omijać zmieniony wrzodowo odcinek żołądka.

Na ogół do zabiegu operacyjnego kwalifikujemy przypadki, w których w ciągu co najmniej 2—3-letniego trwania choroby pomimo systematycznego leczenia zachowawczego, zgodnie z wyżej opisanym schematem, nie udaje się osiągnąć trwałego wyleczenia. W każdym razie przed powzięciem decyzji co do operacji obowiązuje przynajmniej jedna pełna 6—8-tygodniowa kuracja z uwzględnieniem oczywiście metody snu przedłużonego.

Poza tym do operacji należy kwalifikować przypadki ze znacznym bliznowatym zniekształceniem żołądka i dwunastnicy w obrazie rentgenowskim, zwłaszcza ze zwężeniem odźwiernika i zaleganiem treści pokarmowej, a nadto przypadki z uporczywie powtarzającymi się i zagrażającymi życiu krwawieniami oraz przypadki głębokich owrzodzeń, wykazujących w obrazie rentgenowskim tendencję do drążenia i przebijania się do sąsiednich narządów (wrzody modzelowate i wrzody drążące). Przedziurawienie wrzodu do jamy otrzewnowej stanowi oczywiście bezwzględne wskazanie do zabiegu natychmiastowego.

Mówiąc o leczeniu operacyjnym nie podobna nie wspomnieć o zabiegu, zaproponowanym w 1945 roku przez Dragstaedta. Zabieg ten polega na przecięciu nad przeponą, lub tuż pod przeponą pni obydwu nerwów błędnych, co spowodować ma wyłączenie żołądka spod wpływu patologicznych bodźców, przenoszonych przez te nerwy. Istotnie, na początku operacja ta wzbudziła wielki entuzjazm i zyskała dużą popularność. Jednak kilkuletnie doświadczenie na podstawie wielu setek i tysięcy przypadków operowanych znacznie ostudziło ten zapał. W chwili obecnej niektóre szkoły chirurgiczne stosują ten zabieg raczej jako pomocniczy, uzupełniający zespolenie żołądkowo-jelitowe. Inni autorzy, np. Bykow i Kurcin, w ogóle wypowiadają się przeciwko wagotomii Dragstaedta, uważając, iż wyniki nie są zawsze pomyślne i trwałe, a następstwa uboczne wynikające z przerwania tak ważnego szlaku nerwowego bywają często b. przykre.

Osobnego omówienia wymaga leczenie krwotoków żołądkowych i dwunastniczych, stanowiących częste powikłanie choroby wrzodowej. Krwotoki te bywają nieraz tak gwałtowne i obfite, że grożą b. szybkim zejściem śmiertelnym. W takich wypadkach tylko natychmiastowe przetoczenie krwi, nieraz kilkakrotnie w ciągu kilku godzin i jak najszybsze dokonanie zabiegu operacyjnego może chorego uratować.

Częściej jednak po zastosowaniu zwykłych w tych przypadkach zabiegów, jak wstrzyknięcie chlorku wapnia i wysokoprocentowego roztworu chlorku soli dożylnie (10% chlorek sodu w ilości 10,0, 20,0 i więcej ml), przetoczenie krwi świeżej lub konserwowanej, wstrzykiwanie domięśniowe koagulenu, witaminy K itd. — krwotok zostaje opanowany, a bezpośrednie niebezpieczeństwo usunięte. Wtedy nasuwa się kwestia takiego postępowania leczniczego, aby w jak najkrótszym czasie uzyskać odnowę krwi i powrót chorego do sił, ewentualnie przygotować go w niedalekiej przyszłości do zabiegu operacyjnego. I tu, obok stosowania przetworów wątroby i żelaza, dużej ilości witaminów, zwłaszcza C, niezależnie od normalnego leczenia samego wrzodu, bardzo ważną rolę odgrywa racjonalne odżywianie pacjenta. Na ogół przyjęło się w tych razach powszechnie stosowanie jak najostrzejszej głodowej diety w ciągu kilku dni,

aby nie wywołać mechanicznie nawrotu krwawienia. Postępowanie takie wpływa jednak bardzo niekorzystnie na ogólny stan pacjentów i niewątpliwie zwalnia tempo powrotu do zdrowia. Dlatego obecnie coraz szersze uznanie znajduje teza Meulengrachta, który — na podstawie własnego rozległego doświadczenia — zaleca wczesne stosowanie obfitej i pełnowartościowej diety, uważając, że postępowanie takie niczym nie grozi i nie powoduje nawrotu krwotoków, wręcz przeciwnie nawet — znacznie przyśpiesza powrót chorego do sił i regenerację krwi.

Jak z powyższego wynika, sprawa leczenia choroby wrzodowej stanowi zagadnienie bardzo złożone. Należy sobie uświadomić, że leczenie takiego chorego nie kończy się bynajmniej z chwilą opuszczenia szpitala, czy sanatorium. Ażeby możliwie ograniczyć częstość nawrotów i przywrócić chorym zdolność do pracy, należy dążyć do stworzenia takich warunków psychicznych i fizycznych (dieta, warunki pracy i bytu), aby po ukończeniu leczenia w zakładzie zamkniętym mogli oni znaleźć odpowiednią opiekę ambulatoryjną, która pozwoli utrzymać osiągnięty stan równowagi. Na obecnym etapie, dopóki jeszcze całkowicie nie opracowano metody przyczynowego leczenia tej choroby na drodze, jaką wskazuje nam nauka Pawłowa, dopóki nasze metody lecznicze dają często wyniki nietrwałe i nieostateczne, sprawa ta wymaga wysiłku organizacyjnego w skali ogólnopaństwowej, aby możliwie zmniejszyć olbrzymie straty w wydajności pracy, jakie powoduje to uporczywe, ciężkie i długotrwałe schorzenie.

Mieczysław Fejgin

Z notatnika uczennicy

JANINA WOŹNIAK
Uczennica Szk. Piel. Nr 3
w Warszawie

Z pielęgnowania i obserwacji

(Wrzód dwunastnicy — Ulcus duodeni)

PACJENTKA moja ma lat 56, jest średniego wzrostu, bardzo szczupła szatynka, o usposobieniu nerwowym, skryta, dość trudno nawiązująca kontakt z otoczeniem. Pochodzi ze środowiska robotniczego. Mieszka w Warszawie przy ul. Wawelskiej, gdzie wraz z rodziną, składającą się z męża i przybranej córki zajmuje 1 pokój duży, jasny, słoneczny. Z rozmowy przeprowadzonej z ob. K. M. dowiedziałam się, że nie pracuje zarobkowo, lecz zajmuje się tylko gospodarstwem domowym. Życiem społecznym nie interesuje się.

Pierwszy mąż pacjentki zmarł na gruźlicę. W dwa lata po jego śmierci wyszła ponownie zamąż. Drugi jej mąż pracuje jako majster budowlany i jest przodownikiem pracy. Mając 4 lata pacjentka moja chorowała na odrę. W dalszych latach swego życia — jak podaje — zdradzała skłonność do przeziębienia i często miewała bóle oraz kłócia w okolicy serca. Pierwszą miesiączkę miała w 16 roku życia, ostatnią w 51 r. życia. Nie rodziła.

Od roku chora zaczęła odczuwać lekkie bóle w nadbrzuszu. Skarżyła się na brak łaknienia, pieczenie w gardle oraz kwaśne odbijania. Na miesiąc przed przyjściem do szpitala pacjentka zaczęła odczuwać bardzo silne bóle w nadbrzuszu, promieniujące ku górze i dołowi. Bóle ustępowały w 3—5 godzin po jedzeniu. Po każdym posiłku wymiotowała treścią pokarmową. Z obawy przed bólami i wymiotami bardzo mało jadła, na skutek czego ubyła na wadze i straciła siły. W takim stanie przybyła do szpitala.

W pierwszych dniach pobytu na oddziale wewnętrznym stan zdrowia chorej znacznie się pogorszył. Wymioty występowały kilkakrotnie w ciągu doby. Bóle w nadbrzuszu wzmogły się. Pacjentce wykonano frakcyjne sondowanie, które wykazało zwiększone wydzielanie soku żołądkowego. Pobrano kał do badania na krew utajoną. (Kał do badania nie może być zmieszany z moczem. Chorą pouczono, by przed oddaniem kału oddała mocz). Badanie kału na krew uta-

joną przeprowadza się — jak wiadomo — dopiero po trzydniowej diecie bezmięsnej.

Wynik badania kału: Kał ciemnobrązowy, papkowaty. Krew obecna. Poza bakteriami — leukocyty. Krwinki 1—2 w polu widzenia.

W drugim dniu pobytu na oddziale chorej przepisano dietę Sippiego, przy jednoczesnym leżeniu w łóżku przez 3 tygodnie. Dieta polega na przyjmowaniu co godzina (12 razy na dobę) po 80 g mieszanki mleczno-śmietankowej. Tłuszcz mleka hamuje wydzielanie kwasu żołądkowego, a tym samym zmniejsza nadkwaśność. Leczenie dietetyczne ma na celu zmniejszenie czynności trawiennych żołądka i dwunastnicy, aby owrzodzenia nie drażnić pokarmami i sokiem żołądkowym, zawierającym kwas solny. Między posiłkami chora przyjmowała proszki:

Magn. Ustae 0.5.

Natr. Bicarb. 0.15.

Extr. Bellad. 0.0015.

oraz 2 razy dziennie po 1 tabletce atropiny (0.001). Proszki te zobojętniają nazbyt kwaśną wydzielinę żołądka i unieszkodliwiają w ten sposób trawienne działanie soku. Atropina łagodzi bóle, ponieważ zwalnia kurcze żołądka oraz zmniejsza wydzielanie soków trawiennych.

Pacjentkę zaczęłam pielęgnować w 10 dniu jej pobytu w szpitalu. Temperatura 36,8, tętno 80/min. oddech 16/min. Stan chorej wyraźnie się poprawił. Wymioty ustąpiły, bóle w nadbrzuszu zmniejszyły się znacznie. Chora w dalszym ciągu pozostawała na diecie Sippiego. Zrobiłam chorej toaletę wieczorną, podałam przepisane leki. Przez cały czas pielęgnowania sama podawałam chorej basen i obserwowałam zabarwienie stolca. Stolec o zabarwieniu czarnym wskazuje na krwawienie z wrzodu. Ponieważ chora skarżyła się na ból w okolicy nerek, wykonałam na zlecenie lekarza — cewnikowanie.

Analiza moczu wykazała: białko — 165 o/oo, nabłonki wielokątne w sporej ilości, leukocyty 40—80 w polu widzenia, obfita flora bakteryjna.

Dla dezynfekcji dróg moczowych chora otrzymała salol z urotropiną oraz ciepły termofor na okolicę lędźwiową. W ciągu następnych dni stan chorej pozostał bez zmian. Pacjentka denerwowała się, że nadal odczuwa bóle w nadbrzuszu. Pokazałam chorej pacjenta, który wyleczony już z wrzodu żołądka opuszczał właśnie szpital, i wytłumaczyłam, że większość takich przypadków kończy się pomyślnie.

* * *

Dwunastnica jest początkowym odcinkiem jelita cienkiego, styka się bezpośrednio z żołądkiem i ma 25—30 cm długości. Nie przyczepia się do wspólnej krezki. Kształtem swym przypomina literę C. Ściana dwunastnicy zbudowana jest z 4 warstw. Idąc od zewnątrz, najpierw mamy błonę surowiczą, następnie warstwę mięśni gładkich, potem błonę podśluzową oraz śluzówkę. W błonie podśluzowej przebiegają naczynia krwionośne i nerwy. Błona śluzowa jest pofałdowana. Do dwunastnicy uchodzi przewód trzustkowy i żółciowy. W dwunastnicy odbywa się dalsze trawienie, zapoczątkowane w żołądku. Sok trzustkowy zawiera trzy główne zaczyny — **trypsynę, amylazę** i **lipazę.** Trypsyna trawi **białko**, czyli rozkłada je na składniki proste — **aminokwasy.** Amylaza trawi **węglowodany złożone** (wielocukry) na **cukry proste.** Lipaza trawi **tłuszcze.** Kwasy żółciowe odgrywają ważną rolę w trawieniu tłuszczów, gdyż tworzą z tłuszczów zawiesinę (emulsję), przez co umożliwiają działanie lipazy.

We wrzodzie żołądka mamy do czynienia z ubytkiem śluzówki, który zależnie od czasu trwania posiada różne cechy anatomiczne. Świeży ubytek jest z reguły niewielki, powierzchowny i nosi nazwę nadżerki. Starszy ubytek drąży w głąb do błony podśluzowej, do mięśniówki lub nawet do surowicówki. Jest to tzw. wrzód drążący. Jeżeli w obrębie wrzodu lub w jego otoczeniu rozwija się tkanka łączna, to mówimy o wrzodzie przewlekłym. W przeciwieństwie do wrzodu zwykłego, wrzód przewlekły powoduje w otoczeniu bliznowate zaciągnięcia. W następstwie wrzodu dwunastnicy tworzy się zachyłek lub rozwija się zwężenie odźwiernika. Wrzód dwunastnicy umiejscawia się najczęściej na tylnej ścianie dwunastnicy, a zwłaszcza w obrębie jej części górnej (w opuszce), w pobliżu odźwiernika.

Przyczyna powstania wrzodu nie jest dokładnie znana. Jedna teoria głosi, że powodem powstawania wrzodu jest nadkwaśność. Niektórzy autorzy przypuszczają, że przyczyną wrzodu jest uraz śluzówki, względnie zakrzep w żyłach ściany żołądka, wiodący do zawału anemicznego i stąd do martwicy, albo też miejscowy zastój żylny, inni, że najbardziej prawdopodobnym powodem powstawaniu wrzodu jest zaburzenie w krążeniu krwi, które polega na skurczu naczyń krwionośnych w ścianie żołądka lub dwunastnicy, i doprowadza do martwicy ograniczonego od-

cinka śluzówki. Czynnikiem sprzyjającym powstawanie wrzodu ma być odpowiednie podłoże konstytucjonalne oraz rola czynników nerwowych i psychicznych.

Wrzody żołądka albo goją się przez wytwarzanie blizn, albo zazwyczaj (wrzody modzelowate) mają przebieg przewlekły, nawracający z zaostrzeniami w okresie jesieni i wiosny. Pogorszenia objawiają się długotrwałymi i bardzo silnym bólami. Przewległy przebieg choroby wrzodowej może doprowadzić do zwężenia odźwiernika. Czasem wrzód drążący może przebić się do narządów sąsiednich (np. do trzustki, wątroby lub okrężnicy, względnie do jamy otrzewnej i spowodować jej zapalenie). Objawy zapalenia otrzewnej stanowią: nagły, kłujący ból w jamie brzusznej, odbijania i skłonność do wymiotów, tętno szybkie (początkowo zwolnione), oddech przyspieszony, dodatni objaw Blumberga.

* * *

Pacjentka moja po ukończeniu diety Sippiego czuła się bardzo dobrze. W kale, pobranym powtórnie do analizy, nie wykryto już krwinek czerwonych. Zaczęłam chorą przyzwyczajać do świeżego powietrza i do chodzenia. W tym celu umieściłam chorą na werandzie, okryłam ją ciepło. Pacjentka czuła się potem bardzo dobrze i dobrze spała. Po przejściu na dietę lekką, apetyt wybitnie się poprawił, nieznaczne bóle w nadbrzuszu utrzymywały się nadal, szczególnie po zjedzeniu większej ilości pokarmów.

Podczas całego pobytu w szpitalu robiłam pacjentce toaletę poranną, dbałam o mycie jamy ustnej, nacierałam plecy i pośladki spirytusem i talkowałam je. Pielęgnując swoją chorą dowiedziałam się, jak ważną rzeczą jest przygotowanie odpowiedniej diety oraz podawanie jej w odpowiednim czasie i ilości. Przekonałam się, jak ogromne znaczenie ma psychiczne nastawienie chorej dla leczenia wrzodu żołądka. Ponieważ pacjentka moja za parę dni ma być wypisana ze szpitala, pouczyłam ją, by jadała pokarmy lekko strawne, często lecz w małych ilościach. Pouczyłam ob. K. M. jak przygotowywać racjonalnie niektóre potrawy.

Janina Woźniak

DR JAN ANYŻEWSKI

Ćwiczenia rehabilitacyjne dla amputowanych

ZANIM przystąpię do omówienia tematu zasadniczego, a mianowicie — rodzaju ćwiczeń, pokrótce wyjaśnię znaczenie słowa „rehabilitacja“.

Otóż człowiek, który utracił kończynę górną lub dolną, bądź to w przebiegu długotrwałej choroby, bądź na skutek nieszczęśliwego wywypadku, dawniej automatycznie tracił prawo do pracy wymagającej sprawności fizycznej; zostawał kaleką, pozbawionym możliwości brania czynnego udziału w życiu społecznym, jako pełnowartościowy członek tegoż społeczeństwa.

Dziś — warunki dla ludzi pozbawionych kończyn zmieniły się radykalnie. Dziś nadchodzą meldunki, że inwalida bez obu dłoni, pracując jako kreślarz (!), przy dużym zakładzie pracy, wyróżnia się dokładnością wykonania planów i techniką rysowania, nie ustępującej pod względem szybkości wykonania innym kolegom.

Dziś amputowani, pracując za pomocą protez, zostają nawet przodownikami pracy — słowem — są pełnowartościowymi członkami społeczeństwa.

Nie zawsze jednak amputowany może powrócić do tego zawodu, jaki wykonywał przed odjęciem kończyny. W takich wypadkach szkoli się ich w specjalnych Ośrodkach, gdzie dobiera się zawód taki, aby inwalida mógł go swobodnie wykonywać. Zrozumiałe jest, że najpierw trzeba poznać zamiłowanie i zdolności amputowanego, aby nowowyuczony fach dawał mu w przyszłości zadowolenie.

W tym celu właśnie w szpitalach powstają komórki terapii zajęciowej. Instruktorka, dobierając odpowiednie ćwiczenia (mające na celu wyrobienie siły mięśniowej i koordynacji ruchów) stara się zorientować, do czego dany chory wykazuje największe uzdolnienia. Po wypisaniu ze szpitala kieruje się amputowanego do Ośrodka Szkoleniowego na naukę nowego zawodu, bądź dla pogłębienia wiedzy już posiadanej, i tam równocześnie przeprowadza się ćwiczenia,

mające na celu udoskonalenie ruchów i ogólnej sprawności fizycznej.

Po opuszczeniu Ośrodka Szkoleniowego, inwalida zostaje skierowany do zakładu pracy, czyli po prostu rozpoczyna normalne życie, które pozwoli mu utrzymać siebie i rodzinę. Otóż czas od chwili odjęcia kończyny aż do powrotu do pracy nazywa się — rehabilitacją.

W pierwszych latach powojennych, celem rehabilitacji było włączenie możliwie wszystkich amputowanych w krąg ludzi pracujących zarobkowo. Dzisiaj staramy się, aby inwalida nie tylko pracował, lecz także mógł korzystać ze wszystkich wartości życia, to znaczy, nie ograniczał się tylko do przejazdów rano do fabryki i wieczorem do domu, staramy się uzyskać pełną rehabilitację sportową, albo raczej ruchową. Pod tym określeniem rozumiemy stan, w którym człowiek, mający sztuczną kończynę, uprawia ćwiczenia gimnastyczne, uczęszcza na boiska, stadiony i bierze czynny udział w grach. Jest rzeczą zrozumiałą, że wyników uzyskanych przez inwalidę nie można mierzyć centymetrem ani stoperem, gdyż będą oczywiście gorsze od wyników innych sportowców.

Człowiek, który posiada wyuczony zawód, pracuje zarobkowo w swoim zawodzie i może korzystać z przyjemności, jakie bez wątpienia dają ćwiczenia i gry sportowe — nie czuje się upośledzonym, nie ma urazu psychicznego na punkcie swego „kalectwa". Jest to człowiek zdrowy psychicznie i fizycznie.

W jaki sposób amputowany może powrócić do swych pełnych zdolności ruchowych?

Przede wszystkim, jako założenie zasadnicze przyjmujemy, że osobnik, którego będziemy ćwiczyć, posiada silną wolę, dużą dozę krytycyzmu i, że nie załamanie się psychicznie w tych okresach, kiedy będzie musiał zdobyć się na najwyższy hart ducha. Jest to warunek nieodzowny dla uzyskania dodatnich wyników.

ETAP PIERWSZY

Mamy więc chorego, któremu w dniu wczorajszym odjęto nogę (np. poniżej kolana). Przebieg pooperacyjny powinien być bez powikłań, tak że przychodzimy nad nim do porządku, nie omawiając go dokładniej. Chory leży w łóżku z kikutem unieruchomionym w szynie.

Nazajutrz po operacji rozpoczynamy już ćwiczenia higieniczne — ogólne, kondycyjne — które polegają na tym, że chory wykonuje r u c h y c z y n n e we wszystkich stawach, ale na leżąco. A więc, ruchy obrotowe głową, skłony głową, wyrzuty rąk, „nożyce" rękami, zginanie i prostowanie w łokciach, nadgarstkach i palcach, ruchy obrotowe przedramion, następnie zaś kilka głębokich wdechów i wydechów, pamiętając o tym, że przeciętna ilość oddechów na minutę wynosi 17. Kończymy tę kilkuminutową (do 10 minut) gimnastykę ćwiczeniami kończyny zdrowej — zginanie i wyprost w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym; ruchy rotacyjne stopy, jednonożny „rower" itp.

Nie trzeba dodawać, że każdą gimnastykę przeprowadza się przy otwartym oknie, chorym zaś należy zdjąć bluzę od piżamy.

Około 4 dnia stan chorego pozwala na ogół na przeprowadzenie ćwiczeń tłoczni brzusznej. Chory może już siadać, dodaje się więc do ćwiczeń wyżej wymienionych jeszcze siadanie i kładzenie się bez pomocy rąk oraz — na siedząco — skręty tułowia połączone z wyrzutami ramion lub z zakreślaniem kół przez ramiona, co trzeba połączyć z rytmicznymi oddechami (jedno z ćwiczeń gimnastyki typu oddechowego).

ETAP DRUGI

Około 10 dnia chory zaczyna wstawać i uczy się chodzić o kulach. Z tą chwilą rozpoczyna się drugi etap szkolenia inwalidy. O ile pierwszy okres charakteryzował się głównie walką z zanikami mięśniowymi, które powstają bardzo szybko wskutek nieczynności, to okres następny będzie wyrabiał u amputowanego zdolność utrzymania równowagi przy zmienionych warunkach statycznych, koordynację ruchów, siłę i jednocześnie precyzję.

Jeśli od pewnej grupy mięśniowej wymagamy dużej pracy, to grupa ta musi być zdolna do jej wykonania, czyli inaczej mówiąc — mięśnie muszą być wytrenowane. Dlatego też inwalida, będący już w drugim okresie nie powinien zaniedbywać ćwiczeń z pierwszego okresu. Przed każdą „lekcją" gimnastyki specjalnej wyższego rzędu — jako przygotowanie — powinno się przeprowadzać ćwiczenia kondycyjne. Utrzymanie mięśni w stanie pewnego napięcia odgrywa w życiu amputowanego pierwszorzędną rolę, gdyż pozwoli mu na takie opanowanie ruchów protezą, że nie będzie mieć trudności w pokonywaniu odległości i nierówności terenowych.

Ćwiczenia drugiego okresu rozpoczynamy od stawania przy łóżku na zdrowej nodze z jak najdłuższym utrzymanie równowagi. Gdy ten stopień jest już opanowany, dodajemy wyrzuty rąk (przy staniu na jednej nodze), a potem naprzemienne zamykanie i otwieranie oczu. Zalecamy amputowanemu stawać na palcach zdrowej nogi, następnie podskakiwać w miejscu, potem przeskakiwać przez małe przeszkody i grać w „klasy", skłony, obroty oraz półprzysiady i przysiady na jednej nodze wyczerpują ćwiczenia kończyny zdrowej. W tym okresie dla wyrobienia koordynacji ruchów barków, stosujemy: piłkę ręczną (rzuty, chwytania), przeciąganie się wzajemne liną, najprostsze ćwiczenia akrobatyczne oraz ćwiczenia przyrządowe (hantle, trapez, poręcze).

Do odbytych ćwiczeń należą wszystkie rodzaje gimnastyki specjalnej, dotyczącej samego kikuta. Aby proteza mogła mieć dobre oparcie, kikut musi być mocny, jędrny, to znaczy jego mięśnie muszą być wytrenowane. Z tego względu gimnastyka kikuta polega na wykonywaniu wszystkich ruchów czynnych w pełnym zakresie, a następnie na wykonywaniu tych samych ruchów, ale z o p o r e m (sznurek przewieszony przez bloczek, bądź też druga osoba jako siła przeciwdziałająca).

ETAP TRZECI

Trzeci etap rozpoczyna się z chwilą, założenia protezy. Celem gimnastyki w tym okresie jest uzyskanie koordynacji i precyzji ruchów, opanowanie techniki chodzenia i biegów. Wszystkie ćwiczenia w tym etapie należy wykonywać dokładnie, powtarzać je wielokrotnie, aż do odruchowego ich wypełnienia. Amputowany nie może zastanawiać się, którą nogę powinien postawić, albo jak postawić kończynę protezowaną, by nie zawadzić o wyniosłość, musi „wyczuwać" podłoże protezą.

Okres ten jest dla inwalidów bardzo trudny i wymaga dużego wysiłku zarówno mięśni jak i woli.

Ćwiczenia rozpoczynamy od chodzenia po płaskiej, równej powierzchni. Zwracamy uwagę na to, aby protezowany nie kołysał się w biodrach, to znaczy by nie unosił sztucznej kończyny miednicą; musi nauczyć się poruszać protezę mięśniami kikuta. Najlepiej jest wykonywać te początkowe ćwiczenia przed lustrem, albo stawiać dwóch protezowanych naprzeciw siebie. Wówczas bardzo wyraźnie widać wszystkie błędy i natychmiast można je korygować.

Kiedy już technika chodzenia w miejscu jest opanowana, zaleca się chodzenie z omijaniem przeszkód, np. rozstawia się w pokoju różne przedmioty i amputowany ma chodzić tak, aby żadnego z nich nie potrącił. Z innych ćwiczeń obowiązkowych wymienić należy: wchodzenie i schodzenie ze schodów, chodzenie w naturalnych warunkach terenowych (np. las, ogród itp.) przeskakiwanie początkowe przez przedmioty nieruchome, następnie przez skakankę, i na zakończenie — bieg terenowy z przeszkodami.



Pacjent po amputacji podudzia pracuje na warsztacie tkackim. Foto WAF

Gama ćwiczeń specjalnych jest dla tego okresu bardzo rozległa, uzależniona od pomysłowości instruktora. Cel jest wszakże jeden — doprowadzić technikę chodzenia do perfekcji.

Tak przedstawiałby się zarys szkolenia amputowanego, jego rehabilitacja ruchowa. Jeżeli równocześnie człowiek ten uzyskał całkowite przeszkolenie fachowe, uznać go trzeba za jednostkę pełnowartościową, z jego umysłu wykreśla się raz na zawsze słowo „kaleka".

Jan Anyżewski

STANISŁAWA ADAMOWICZ

Walka z muchami

Spośród wielu gatunków much tylko niektóre przyczyniają się do szerzenia chorób zakaźnych. Muchy przenoszą zakażenie bądź mechanicznie, bądź też przez ukąszenie. W sposób mechaniczny przenosi zakażenie np. mucha domowa, przez ukąszenie zaś na przykład mucha tse-tse, groźny sprawca śpiączki afrykańskiej. Tułów i odnóża muchy domowej pokryte są drobniutkimi, gęstymi włoskami. Jeśli więc mucha siada gdziekolwiek, zwłaszcza na jakieś nieczystości, to odlatując zabiera z sobą drobne cząsteczki, a wraz z nimi zarazki chorobotwórcze i składa je następnie na każdym przedmiocie, na jaki napotyka, przede wszystkim oczywiście na naszym pożywieniu. Zarazki mogą również przebywać w przewodzie pokarmowym muchy i, nie tracąc swej zjadliwości, wydostawać się na zewnątrz wraz z jej odchodami. Niejednokrotnie już znajdowano pałeczki duru brzusznego w roztartych muchach i ich wydalinach.

ROZNOSICIELKI EPIDEMII

Muchy przenoszą dur brzuszny i inne choroby zakaźne, szerzące się w podobny sposób — np. czerwonkę i cholerę, a także, co ma dla nas szczególne znaczenie — letnie biegunki niemowląt, tę prawdziwą plagę wsi polskiej. Spacerując po plwocinie chorego na gruźlicę mogą z łatwością przenieść tę chorobę na osobnika zdrowego. Muchy również mogą przenieść ospę i niektóre pasożyty. Widzimy więc, że walka z muchami należy do bardzo ważnych zagadnień służby zdrowia i wymaga nieustannej uwagi, czyjności i aktywności.

Zdajemy sobie sprawę, że muchy, zwłaszcza mucha domowa, przestałyby odgrywać rolę czynnika epidemiologicznego, gdyby: 1) należycie zorganizowano usuwanie wszelkich nieczytości — ognisk rozmnażania much, 2) izby, w których mieszkają chorzy na choroby zakaźne, były wolne od much i 3) wydaliny chorych były dla much niedostępne. Ponieważ jednak na ogół rzecz się ma inaczej, muchę domową zaliczyć trzeba do owadów bardzo niebezpiecznych.

Muchy lęgną się w niezabezpieczonych miejscach, gdzie leży nawóz, odchody ludzkie, rozmaite gnijące części roślinne i zwierzęce, najbardziej zaś podatnym środowiskiem jest nawóz koński, śmietniki i gnijące resztki pokarmowe.

Muchy mnożą się niewiarygodnie szybko. Samica w okresie od wiosny do jesieni składa mniej więcej 10 razy, przeciętnie po 120 jajek, z których — jeżeli jest ciepło — już po 8 godzinach powstają larwy (czerwie), bardzo ruchliwe i żarłoczne. Po kilku dniach larwy zamieniają się w poczwarki, a z poczwarek, znów po kilku dniach lęgną się muchy, które bardzo szybko uzyskują zdolność dalszego rozmnażania się. W ten sposób z jednej pary po kilku miesiącach powstają miliardy nowych much.

Muchy na ogół nie latają daleko, wyjątkowo tylko w badaniach doświadczalnych udawało się odnaleźć znaczone muchy w odległości 20 km od miejsca ich odlotu. Owady te nie żyją dłużej — nawet w warunkach laboratoryjnych — niż 70 dni, przeciętnie zaś 60 dni.

Walkę z muchami należy prowadzić w kilku kierunkach:

1) dążyć do zniszczenia ognisk wylęgania much,

2) zabezpieczać wydaliny ludzkie, aby uniemożliwić muchom przenoszenie ewentualnych zarazków,

3) chronić nasze pożywienie przed muchami i

4) niszczyć muchy, które pomimo wszelkich ostrożności wylęgły się.

NA WSI

Aby zniszczyć ogniska wylęgania much, a przynajmniej ograniczyć ich liczbę, trzeba dbać o czystość domu i otoczenia. Im mniej porozrzucanych śmieci i nawozu, im mniej brudnych zakamarków — tym gorsze warunki dla rozwoju i rozmnażania much. Cementowa podłoga lub podwórze brukowane na cementowym podkładzie uniemożliwiają larwom wędrówkę z nawozu do ziemi, gdzie odbywa się dalszy ich rozwój. Nawóz trzeba starannie usuwać do szczelnie zamykanych dołów, względne przechowywać w stosach, przed tym dokładnie go prasując lub ubijając. W tych warunkach larwy duszą się i giną na skutek wysokiej ciepłoty, powstającej przy fermentacji obornika. Larwy, które rozwinęły się na powierzchni stosu, rozchodzą

się dokoła, aby więc powstrzymać ich wędrówkę, wokół stosu, w odległości około 40 cm rozkłada się pas czystej słomy i po kilku dniach zastępuje się ją świeżą, a zużytą — spala.

Używane zazwyczaj środki dezynfekcyjne wywierają niewielki wpływ na jaja i larwy much. Dla tępienia czerwi w oborniku najlepiej jest stosować sproszkowany boraks, względnie mieszaninę z ½ kg azotniaku i ½ kg fosforanu wapnia na każde 50 kg nawozu. Powierzchnię posypuje się proszkiem, a następnie zwilża się wodą. Dobry skutek daje również chlorek wapnia, mleko wapienne i wapno niegaszone.

Niezmiernie ważne jest odpowiednie zabezpieczenie wydalin ludzkich przed dostępem much. Na pierwszy plan wysuwa się doniosła sprawa budowy i racjonalnego utrzymania ustępów.

Ustęp musi być szczelny. Dotyczy to szczególnie dołu ustępowego; trzeba go tak urządzić, aby muchy nie mogły się do niego przedostawać. Klapy, zamykające w ustępach skrzynkowych otwór przez który opróżnia się zbiornik, muszą być ściśle dopasowane i zamykane na haczyk lub zasuwki. Siedzenie powinno być zaopatrzone w pokrywę na zawiasach. Ustępy muszą być bardzo czysto utrzymywane: trzeba je codziennie wymiatać i często szorować gruntownie wodą z dodatkiem jakiegoś środka dezynfekującego. W każdym ustępie powinna stać skrzynka z miałem torfowym, względnie piaskiem i szufelka, aby każdy po sobie mógł wsypać do otworu tego piasku, miału lub sproszkowanego wapna.

W DOMU

Nie trzeba dowodzić, jak wielkie znaczenie ma utrzymywanie mieszkań w skrupulatnej czystości. Im mieszkanie jest czystsze, tym mniej w nim much. W brudnej, źle sprzątanej kuchni lub izbie, gdzie walają się nieprzykryte resztki jedzenia, gdzie w kubłach cuchną rozmaite odpadki — wprost roi się od much.

Owoce, jarzyny i inne artykuły spożywcze trzeba koniecznie myć przed spożyciem, obierać i gotować, aby zabić w ten sposób zarazki chorobotwórcze. Jedzenie należy przechowywać w szafach lub kredensach, względnie nakrywać kloszami, albo jeszcze lepiej siatką drucianą. Okna zabezpiecza się gęstą siatką drucianą, naciągniętą na drewnianą ramę, a nie — jak to się czasem praktykuje — przez zasłanianie okien chustką lub kocem, które nie przepuszczają ani powietrza, ani słońca.

Sklepy z artykułami spożywczymi, gospody i jadłodajnie wymagają jeszcze bardziej skrupulatnej, niż mieszkania prywatne, troski o zabezpieczenie przed muchami. Artykuł zanieczyszczony lub zakażony w mieszkaniu prywatnym grozi tylko jednej rodzinie, natomiast — w sklepie lub stołówce stanowi niebezpieczeństwo dla wszystkich kupujących, i nieraz jest źródłem rozległych epidemii.

ŚRODKI OWADOBÓJCZE

Po ostatniej wojnie, rozpowszechnił się bardzo skuteczny środek przeciw owadom — proszek DDT. Dla zwalczania much (i innych owadów) używa się 5—10% zawiesiny proszku DDT w nafcie lub solventnafcie. Rozpylanie lub rozsypywanie samego proszku nie jest praktyczne, gdyż unosząc się z kurzem zatraca skuteczność. Odpowiednikiem proszku DDT jest produkt krajowy AZOTOX, związek o identycznej budowie chemicznej.

Jeśli rozpylimy zawiesinę proszku DDT na szyby, to muchy w pokoju giną już po 24 godzinach. Celowe jest rozpylanie zawiesiny na ściany mieszkań i ustępów oraz na pościel. Działanie owadobójcze utrzymuje się około 2 tygodni, po czym trzeba mieszkanie opylić ponownie. Proszek DDT jest dla ludzi nieszkodliwy, chyba że dostanie się do pokarmu. Trzeba więc zwracać baczną uwagę, aby przy rozpylaniu nie zanieczyszczać jedzenia, a szczególnie mleka, które podaje się dzieciom.

Ciekawe spostrzeżenia przy stosowaniu proszku DDT zanotowano we Włoszech. Dzięki szerokiej akcji owadobójczej wyniszczono w pewnej okolicy komary malaryczne i muchy. Równocześnie zauważono znaczny spadek — bo o 25% — umieralności niemowląt na skutek biegunek letnich. Obniżyła się również wyraźnie zapadalność na dur brzuszny. Jednakże po 2 latach rozmnożyły się muchy odporne na proszek DDT i wtedy krzywe zachorowań na biegunki letnie niemowląt i na dur brzuszny znów się podniosły. Stanowi to jeszcze jeden bardzo znamienny dowód, jak wielką rolę odgrywają muchy w epidemiologii obu tych schorzeń.

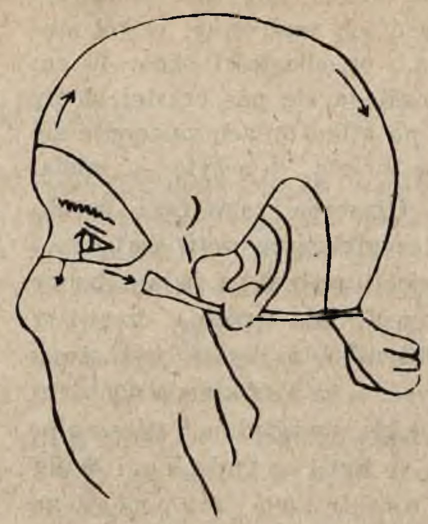
Stanisława Adamowicz

Z notatnika pielęgniarki

Jeden z naszych autorów pisze:

Praca oddziału chirurgicznego, a zwłaszcza sprawny przebieg operacji w dużej mierze zależy od pomysłowości pielęgniarki operacyjnej. Wprawdzie pielęgniarki te posiadają odpowiednie kwalifikacje i ciągle są doszkalane przez chirurgów, jednak drogą wymiany swoich spostrzeżeń, a zwłaszcza inowacji mogą znacznie podnieść poziom swoich wiadomości. Dlatego proponowałbym wprowadzić „KĄCIK PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ", gdzie można by umieszczać krótkie artykuły oryginalne, dotyczące inowacji i racjonalizacji oraz ciekawsze pomysły, publikowane w czasopismach krajowych i zagranicznych, nie zaś rzeczy zaczerpnięte z elementarnych podręczników.

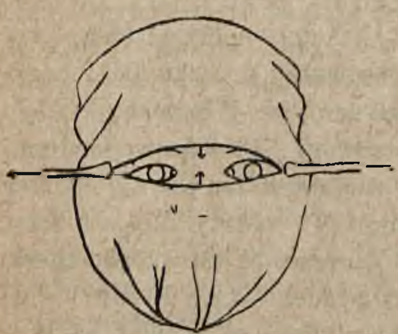
Dla zapoczątkowania „Kącika" przesyłam poniższy artykuł.



Rys. 2

W SPRAWIE MASKI OPERACYJNEJ

Najczęściej spotykanym typem maski operacyjnej jest maska z gazy, z przecięciami dla oczu i tasiemkami, wszytymi na wysokości przecięcia. Podczas naciągania tasiemek i zawiązywania ich, brzegi przecięcia zbliżają się i zasłaniają oczy. (rys. 1).



Rys. 1

Łatwo temu zapobiec przez wszycie tasiemek o pół cm poniżej kątów przecięcia, wtedy napina się tylko dolny brzeg otworu, górny zaś swobodnie leży na czole. (rys. 2).

Drugim ważnym momentem jest właściwe zawiązywanie tasiemek. Tasiemki bezwzględnie należy zawiązywać pod uszami, jeśli bowiem zawiążemy je nad uszami, dolny brzeg otworu nasuwa się po grzbiecie nosa na oczy. Nad uszami można by wiązać wtedy, gdyby dolny brzeg otworu znajdował się pod nosem, lecz wiadomo, że nie zasłonięty nos narusza przepisy o aseptyce na sali operacyjnej.

Często, zwłaszcza w okresie letnim, podczas operacji z czoła spływa pot, który przy nieuwadze może dostać się na pole operacyjne. Powszechnie przyjętym sposobem jest wycieranie czoła o plecy fartucha personelu pomocniczego, lub wycieranie potu serwetką. Takie postępowanie niepotrzebnie przedłuża operację, maska może zsunąć się na oczy, a poza tym narażona jest na niebezpieczeństwo jałowość zabiegu.

Znacznie prostszym sposobem jest, już przed myciem się do operacji, założyć na czoło podwójnie złożoną maseczkę taką, jaka jest używana przez matki podczas karmienia noworodków, lub też przymocować opaską małą gazową serwetkę, która wchłaniałaby pot.

Dr I. D.

Podtrzymując apel dr. I. D., Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" apeluje do lekarzy i pielęgniarek operacyjnych o nadsyłanie do Redakcji swych uwag i pomysłów, dotyczących racjonalizacji pracy na sali operacyjnej.

W SZKOLE I NA KURSIE

ŁÓDŹ

W Ośrodku Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK w Łodzi dn. 20.III. br. ukończyło kurs 52 uczennice, z których 17 złożyło egzamin z wynikiem bardzo dobrym.



1. Egzamin z wiadomości praktycznych. Egzaminowi towarzyszy, bardzo życzliwie ustosunkowana do zagadnienia szkolenia Młodszych Pielęgniarek, Dyrektorka P.S.P. Nr. 2, ob. Stencel Maria.

Foto Z. Brzozowski, Łódź.



2. Wszystko byłoby dobrze, gdyby nie zegarki przy pracy. Mamy nadzieję, że to nie właściwa praca, ale pozowanie do fotografii.



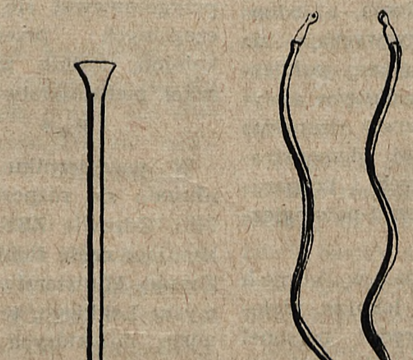
3. Absolwentki.

Czy pamiętasz że...

Stetoskop jest to rurka drewniana lub kauczukowa, rozszerzona na obu końcach, służąca do osłuchiwania klatki piersiowej, w celu określenia stanu płuc, opłucnej i serca.

Wynalazcą stetoskopu był Laënnec (czytaj Lennek), ur. 1784 r. we Francji, któremu medycyna zawdzięcza oczyszczenie praktyki lekarskiej z wielu guseł i zabobonów.

Już przed Laënnec'iem lekarz Auenbregger z Wiednia, ur. 1761 r. wprowadził do medycyny osłuchiwanie klatki piersiowej, które jednak było mało stosowane przez ówczesnych lekarzy i poszło w zapomnienie. Przypadek sprawił, że Laënnec zauważył, że szmery serca lepiej wysłuchiwać, jeśli lekarz między swym uchem a klatką piersiową chorego umieści drewnianą rurkę. Laënnec wprowadził do praktyki szpitalnej auskultację (wysłuchiwanie), tę nieodzowną metodę badania, która pozwala stwierdzić pracę serca i narządów oddechowych.



Obecnie używany stetoskop uległ wielkim zmianom, składa się z 2 rurek gumowych, połączonych króciutką słuchawką. Końce obu rurek wkłada się do uszu, słuchawkę zaś przykłada do klatki piersiowej chorego.

ZSRR

Konstytucja Stalinowska zapewnia swym obywatelom emeryturę za wysługę lat oraz w razie wypadku, choroby lub niezdolności do pracy.

Stała troska partii i rządu o polepszenie warunków pracy w służbie zdrowia i poprawienie warunków materialnych wyraża się w przyznaniu wszystkim jej pracownikom emerytury za wysługę lat.

Pracownicy służby zdrowia z wykształceniem wyższym, jak lekarze, dentyści i farmaceuci nabywają prawo do emerytury po ukończeniu 55 lat życia. Pozostałym pracownikom ze średnim wykształceniem zawodowym przyznaje się emeryturę po 25 latach pracy w osiedlach małych i na wsi, a po 30 latach pracy w miastach.

Do pracy zawodowej w zakładach leczniczych i profilaktycznych zalicza się również okresy pracy na stanowiskach w partii, w związkach zawodowych w organizacjach społecznych, w wojsku i oddziałach partyzanckich.

Przy obliczaniu lat pracy do emerytury bierze się pod uwagę miejscowości, w których pracownicy służby zdrowia byli zatrudnieni (np. pracę w osiedlach na Dalekiej Północy oblicza się w stosunku 2 miesiące za jeden miesiąc pracy). Przeciętnie za pracę w osiedlach wiejskich liczy się 1, 2 za 1 miesiąc pracy, natomiast pracę w miastach oblicza się w stosunku 0.8. Okres pracy w wojsku liczy się pojedynczo.

Emeryturę przyznaje się w wysokości 40% podstawowego uposażenia pobieranego ostatnio.

***

KRONIKA z zagranicy

W ZSRR prowadzi się stałe doszkalanie pielęgniarek bez odrywania ich od pracy. Do tego celu służą: 1. referaty i konferencje dyskusyjne wewnątrz każdego szpitala oraz 2. konferencje międzyszpitalne i rejonowe.

Obie te metody mają na celu podwyższanie kwalifikacji zawodowych i dają dobre rezultaty, przy czym druga metoda znacznie podnosi wyniki pierwszej.

Systematyczne doszkalanie wewnątrz każdego szpitala wpływa bez wątpienia na jakość pracy personelu szpitalnego, jednak przeważnie dotyczy wąskich zagadnień pielęgnowania chorych na poszczególnych oddziałach. Bujny rozwój nauk lekarskich i nowe odkrycia stawiają pielęgniarkom coraz większe wymagania i konieczność podnoszenia poziomu wiadomości teoretycznych oraz — oczywiście — umiejętności stosowania ich w praktyce.

Takie zadania i cele powinny przyświecać każdej konferencji. Na konferencjach międzyszpitalnych i rejonowych pielęgniarki wygłaszają referaty na tematy ogólne, co zmusza je do dokładnego opracowania zagadnienia, a jednocześnie przyzwyczaja do zabierania głosu publicznie, przed większym audytorium. Referaty uzupełnia się zazwyczaj demonstracjami chorych i preparatów anatomo-patologicznych.

Konferencje, w których biorą udział lekarze, pielęgniarki i średni personel lekarski stanowią więź pomiędzy poszczególnymi zawodami i zakładami lekarskiej opieki zamkniętej i otwartej. Posiedzenia te rozszerzają krąg zainteresowań, a tym samym przyczyniają się do polepszenia opieki nad chorymi.

Aby jednak konferencje osiągnęły swój cel, należy je dobrze przygotować: wytypować referentów, wybrać odpowiednie tematy i przygotować się do dyskusji. Tematy powinny dotyczyć zagadnień profilaktyki, walki z chorobami zakaźnymi, przetaczania krwi itp. Na rejonowych konferencjach należy poruszać takie zagadnienia, jak sprawy związku zawodowego oraz działalność Czerwonego Krzyża, a także przez krótkie wykłady na tematy polityczne zwrócić uwagę na podnoszenie uświadomienia społeczno-politycznego.

Konferencje powinny odbywać się w godzinach wieczornych (np. o godzinie 19) i trwać nie dłużej niż 2 godziny.

***

Przyuczone pielęgniarki, które posiadają odpowiedni cenzus naukowy i 2-letnią praktykę w zakładach leczniczych mogą w Związku Radzieckim składać państwowe egzaminy w ciągu lat 3, to znaczy że mogą przygotowywać się z poszczególnych przedmiotów kolejno, według programu szkół pielęgniarstwa.

***

W październiku ub. r. ukazało się rozporządzenie Min. Zdrowia ZSRR przekazujące część żłobków pod Zarząd Ministerstwa Przemysłu Lekkiego, te mianowicie, do których uczęszczają dzieci pracowników przemysłu lekkiego.

Rozporządzenie to daje początek nowemu etapowi opieki nad dzieckiem do lat 3 i odegra poważną rolę w usprawnieniu pracy żłobków. Dotychczas bowiem bywało tak, że po wybudowaniu żłobka, po wyposażeniu go przez zakład przemysłowy i przekazaniu organom służby zdrowia — kończyła się zazwyczaj troska pracodawców o dzieci swych pracowników. Obecne rozporządzenie nakłada na zakłady przemysłowe obowiązek dalszego interesowania się żłobkami, a więc przeprowadzanie remontów, zapewnienie dodatkowych wyposażeń itd.

Organa służby zdrowia, które w dalszym ciągu roztaczają nad żłobkami opiekę lekarską i sanitarną powitały tę zmianę z zadowoleniem.

***

W Moskwie w dniach 18—20 października rb. odbył się Zjazd lekarzy-higienistów i inżynierów w celu koordynowania pracy Ministerstwa Zdrowia z pracą różnych instytucji na polu walki, o oczyszczanie powietrza w dużych miastach i ośrodkach przemysłowych. W trosce o zdrowie ludzi pracy wydano ostatnio rozporządzenie nakazujące fabrykom i zakładom przemysłowym, wydalającym szkodliwe dla zdrowia gazy — zaopatrzenie kominów i wylotów w aparaty zatrzymujące pył i gazy.

Na zjeździe powzięto uchwałę stworzenia specjalnej komisji, która opracuje metody oczyszczania powietrza i zabezpieczania go od pyłu, dymu i gazów ulatujących się z fabryk.

***

W Laboratorium Charkowskiego Chemiczno-Farmaceutycznego Instytutu od dłuższego czasu przeprowadzano badania nad leczniczymi właściwościami konwalii. Ostatnio uzyskano nowy preparat **korglikon**, który zastępuje stro-

fantynę, wyrabianą z surowców roślin afrykańskich Korglikon działa na zwolnienie pracy serca, a obserwacje kliniczne wykazały, że pod jego wpływem zwiększa się siła skurczu serca i obserwujemy lepiej napięte tętno.

***

Fitonicydy, nowy antybiotyk, wykryty przez prof. B. P. Tokina znajduje coraz szersze zastosowanie. Ostatnie badania wykazały, że fetonicydy można skutecznie stosować przy konserwowaniu owoców, ryb i mięsa. Fiotonicydy działają bakteriobójczo również przy chorobach kiszek, czerwonki, tyfusie brzusznym oraz przy zapaleniu ucha środkowego.

***

CHINY

Jesienią ub. r. odbył się I Zjazd pracowników służby zdrowia przy licznym udziale delegatów ze wszystkich prowincji kraju.

Celem Zjazdu było ustalenie naczelnych zadań ochrony zdrowia całego narodu. Zjazd uchwalił, że podstawowym obowiązkiem Chińskiej Służby Zdrowia jest opieka nad zdrowiem chłopów, robotników i bojowników Wolnych Demokratycznych Chin.

Uczestnicy Zjazdu w swych przemówieniach wykazali, że Chińska Służba Zdrowia od chwili powstania, tj. w okresie 1 roku osiągnęła już duże rezultaty dzięki szerokiemu stosowaniu profilaktyki. Ponad 4 tysiące lekarzy, pielęgniarek i studentów medycyny przeprowadziło szczepienia ochronne na wsi i w miastach.

Zjazd uchwalił rezolucję, dotyczącą organizowania szpitali we wszystkich okręgach, miastach i wsiach, w związku z czym konieczne jest wyszkolenie dostatecznej liczby pracowników służby zdrowia.

ANGLIA

W grudniu r. ub. wybuchła epidemia ospy prawdziwej w mieście portowym w Anglii. Przywiózł ją lotnik powracający z Indii. Jednak przebieg choroby u niego był bardzo lekki i atypowy i dopiero, gdy w tym samym domu zachorowała dziewczynka i jej ojciec — stwierdzono ospę.

Ogółem zachorowało 29 osób, z których zmarło 10. Z liczby 18 osób nieszczepionych zmarło 7. Z pośród 9 pacjentów szczepionych tylko jeden raz w dzieciństwie — zmarło 3 osoby. U dwóch pacjentów, którzy byli szczepieni dwa razy choroba miała przebieg lekki.

Wszyscy chorzy zostali umieszczeni w szpitalu w pobliżu Brighton. Szpital ten izolowano całkowicie na przeciąg 34 dni. W szpitalu pozostało na stałe 2 lekarzy, 50 pielęgniarek, personel administracyjny i gospodarczy. W okresie izolacji utrzymywano łączność wyłącznie telefoniczną. Żywność i pocztę do szpitala dostarczano do garażu znajdującego się przy bocznej mało uczęszczanej drodze.

Po stwierdzeniu pierwszego przypadku ospy w ciągu 2 godzin zaszczepiono cały personel szpitala, i pacjentów, jednak 9 pielęgniarek uległo zakażeniu i 2 spośród nich zmarły.

Bieliznę z oddziałów szpitalnych odkażano najpierw rozczynem kwasu karbolowego, a następnie gotowano, lecz pomimo tych ostrożności 6 pracowników pralni zachorowało i 2 osoby zmarły.

Po zakończeniu izolacji, szpital dokładnie zdezynfekowano, chorych przewieziono do innych szpitali, a personel otrzymał 2 tygodniowy urlop.

Anglia jest jedynym krajem na świecie, gdzie nie ma przymusu szczepienia przeciw ospie i, jak wykazują statystyki, corocznie w Anglii jest więcej przypadków zachorowania na ospę, niż w całej Europie.

J.

W księgarniach i kioskach

Podręcznik dla pielęgniarek M. S. Ichtejmana

Podczas gdy w Polsce rządów kapitalistycznych w ciągu 20 lecia nie ukazał się ani jeden bodaj podręcznik, który by obejmował całokształt programu szkół pielęgniarstwa, w Polsce Ludowej, gdzie troska o szkolenie młodzieży wybija się na czołowe miejsce, Ministerstwo Zdrowia wraz z Państwowym Instytutem Wydawnictw Lekarskich wydały już kilkanaście podręczników dla tych szkół, szereg zaś dalszych podręczników znajduje się w opracowaniu.

W grudniu ubiegłego roku wyszedł z druku podręcznik dla pielęgniarek M. S. ICHTEJMANA w 2-ch tomach, tłumaczony z języka rosyjskiego. W podręczniku tym znajdujemy niezbędne wiadomości dla pielęgniarek jak:

anatomia i fizjologia bogato ilustrowana i dostosowana do wymagań programu;

bakteriologia, podana w dużym skrócie, gdzie część wstępna jest zawarta w rozdziale „Ogólne pojęcia o mikroorganizmach", część zaś szczegółowa jest włączona w wykłady z chorób zakaźnych;

receptura i farmakologia zawiera również spisy najczęściej używanych recept, tabelę dawek dla dorosłych oraz spis najczęściej używanych skrótów łacińskich;

skrócone wiadomości z patologii znajdujemy w dziale chorób wewnętrznych i nerwowych;

w chirurgii są również zawarte podstawy traumatologii i pierwsza pomoc w nagłych wypadkach; rozdział ten posiada wiele szczegółowych rysunków, co ułatwia młodzieży przyswajanie materiału.

Bardzo ciekawy jest rozdział dotyczący środków i sposobów ewakuacji rannych. Wiadomości te, oparte na bogatym doświadczeniu w tej dziedzinie bohaterskiej Armii Radzieckiej, uzupełniają wykłady w zakresie naszej wojskowej służby zdrowia.

Niewystarczająco jest ujęty jednak dział pielęgnowania chorych dorosłych i dzieci. Nauka zasad pielęgniarstwa wymaga wydania odrębnego podręcznika.

Bardzo cenny dla naszej młodzieży jest rozdział o podstawach i organizacji ochrony zdrowia w ZSRR, znajdujemy tam też wyjątki z Konstytucji Stalinowskiej, dotyczące Służby Zdrowia i oświaty sanitarnej, punktów leczniczo-sanitarnych w zakładach przemysłowych oraz wiejskich dzielnic sanitarnych.

Osobny również rozdział poświęcono zadaniom Towarzystw Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca w ZSRR.

Książka zawiera 1082 stronice, jest wydana na doskonałym papierze i zaspakaja w dużym stopniu głód książkowy, który panował dotychczas w tej dziedzinie, a który powodował że uczennice i uczniowie średnio-medycznych szkół służby zdrowia miast uważać na lekcjach, robili pospieszne notatki, często bardzo niewyraźne lub błędne.

Nic też dziwnego, że pierwszy nakład tej książki jest już całkowicie wyczerpany. Niedługo ma się ukazać poprawiony drugi nakład tego podręcznika.

Książka Ichtejmana jest dobrym podręcznikiem dla młodszych pielęgniarek i dla pielęgniarek przyuczonych, przygotowujących się do egzaminu państwowego, uczennicom szkół pielęgniarstwa prócz podręcznika Ichtejmana należy jeszcze dodatkowo dostarczyć szereg podręczników celem uzupełnienia wiadomości w poszczególnych dziedzinach specjalistycznych.

L. B.

PRZEGLĄD PRASY KRAJOWEJ

W nr. 9/10 dwutygodnika „Nowiny Lekarskie" maj 1950 r. znajdujemy ciekawy artykuł dr. MARIANA PIECHOCKIEGO o uczuleniu skóry na streptomycynę w zawodzie pielęgniarskim.

Autor podaje, że po wprowadzeniu do nowoczesnego lecznictwa antybiotyków, zwłaszcza penicyliny i streptomycyny, mnożą się coraz bardziej spostrzeżenia uczuleń na te środki i to zarówno u leczonych, jak i u pielęgniarek przygotowujących roztwory i dokonywujących zastrzyknięć.

U chorych, którym antybiotyki podaje się przez zastrzyknięcia, zazwyczaj powstają zmiany w skórze właściwej (pokrzywka, rumienie), u pielęgniarek zaś roztwór antybiotyków działa na skórę przez kontakt od zewnątrz i z tego powodu w skórze powstają zmiany wypryskowate. Zewnętrzne stykanie się pielęgniarek ze streptomycyną polega na przygotowaniu roztworu, wykonywaniu wstrzykiwań oraz czyszczeniu i myciu strzykawek i igieł. Pierwsze zmiany chorobowe w wypadkach obserwowanych występowały już po kilkutygodniowym i kilkumiesięcznym stykaniu się ze streptomycyną, przy czym autorzy podają rozmaity okres czasu, kiedy rozwinęło się uczulenie: od 6 tygodni do 18 miesięcy. Każda z pielęgniarek dotkniętych zmianami skórnymi wykonywała od kilkunastu do kilkudziesięciu wstrzykiwań streptomycyny. Zmiany skórne w większości wypadków występowały na palcach rąk, na przedramionach, na powiekach, i polegały głównie na występowaniu silnego swędzenia, zwłaszcza w porze nocnej, na zaczerwienieniu skóry, obrzęku, tworzeniu się pęcherzyków, łuszczeniu, powstawaniu głębokich i bolesnych pęknięć w obrębie skóry palców, na pojawieniu się wysypki drobno-grudkowej na skórze przedramion. Prawie wszystkie pielęgniarki, u których wystąpiły zmiany chorobowe na powiekach, skarżyły się na łzawienie, światłowstręt i swędzenie powiek. Spojówki nie były dotknięte.

Dr Piechocki stwierdza, że środki o właściwościach antyhistaminowych jak b e n a d r y l lub p y r i b e n z a m i n a wywierały na ogół słabe działanie lecznicze, dopóki istniał dalszy kontakt ze streptomycyną. Z chwilą zaprzestania pracy zauważono wyraźniejszy wpływ pyribenzaminy niż benadrylu na ustępowanie zmian chorobowych.

Również na podkreślenie zasługuje fakt, że w czasie urlopów zmiany chorobowe przeważnie albo samoistnie ustępowały całkowicie albo wyraźnie zmniejszały się. Z chwilą ponownego kontaktu ze streptomycyną po powrocie z urlopu zmiany skórne powracały bardzo szybko, czasem już po kilku dniach.

Spostrzeżenia własne dr. Piechockiego

Spostrzeżenia dr. Piechockiego dotyczą 5 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach poznańskich. Zebrane wywiady oraz obraz kliniczny zmian w skórze, jak również wyniki badań doświadczalnych przedstawiały się u tych pielęgniarek pod wielu względami podobnie.

Objawy chorobowe u tych pielęgniarek wystąpiły w 2 przypadkach po upływie 3 miesięcy stykania się ze streptymycyną, w 2 — po 7 mies., a w 1 — po roku. Wynika z tego, że potrzeba było pewnego czasu do zjawienia się uczulenia i że czasokres ten nie jest jednolity.

Umiejscowienie zmian chorobowych na palcach i grzbietach obu rąk (zwłaszcza na prawej) oraz na przedramionach świadczy dobitnie, że czynnik uszkadzający działał bezpośrednio na naskórek, co tak często spotyka się w chorobach zawodowych skóry. Charakter zmian wypryskowatych przemawia wyraźnie za umiejscowieniem sprawy chorobowej w naskórku oraz skórze właściwej.

Zmiany chorobowe na skórze powiek tego samego charakteru co zmiany na rękach, przemawiają — zdaniem dr. Piechockiego — za możliwością przeniesienia alergenu na powierzchnię skóry powiek wskutek potarcia ręką spryskaną roztworem streptomycyny. Z wywiadów wynika, że możliwość taka istniała (w jednym wypadku roztwór streptomycyny spryskał nawet powiekę bezpośrednio).

We wszystkich powyższych przypadkach zmianom skórnym towarzyszyło silne swędzenie, szczególnie uporczywe w porze nocnej oraz wystąpiły pęknięcia naskórka i skóry.

W jednym przypadku zmiany na palcach szczególnie silnie dotknęły opuszki palców (kciuka i wskazującego), co przemawia za tym, że kontakt z alergenem w tych odcinkach skóry był najczęstszy (chwytanie strzykawek i igieł). W dwóch przypadkach na paznokciach wykazano zmiany w postaci bruzd poprzecznych.

Duża poprawa, a nawet całkowite ustępowanie zmian chorobowych spostrzegano we wszystkich wypadkach w czasie urlopu.

Na podstawie dokładnych informacji lekarzy pracujących na klinikach lub szpitalach, gdzie spostrzegano u personelu pielęgniarskiego wypadki zmian wypryskowatych, szczególnie na rękach, co zostało przez tych lekarzy uznane za objaw uczulenia na streptomycynę, dr Piechocki stwierdza, że na ogólną liczbę 42 pielęgniarek zatrudnionych w tych zakładach leczniczych i stykających się ze streptomycyną, 13 pielęgniarek wykazało zmiany skórne przeważnie na rękach. Jest to zdaniem autora odsetek wysoki, który zmusza nas do szukania środków zaradczych.

Zapobieganie

Ze spostrzeżeń opisanego materiału wynika, że sposób zapobiegania uczuleniu na streptomycynę polega przede wszystkim na tym, że pielęgniarki narażone bezpośrednio na styczność ze streptomycyną bezwzględnie powinny wykonywać pracę w gumowych rękawiczkach, a rękawy fartucha powinny być odpowiednio długie, aby zakryć przedramiona. Rękawiczki gumowe powinny być używane nie tylko przy wykonywaniu zastrzyknięć, względnie podczas ich przygotowywania, lecz również przy myciu strzykawek, igieł oraz sterylizacji. Po pracy rękawiczki, ręce i przedramiona powinny być dokładnie myte ciepłą wodą z mydłem. Sterylizator przed otwarciem należy ostudzić, ponieważ okazało się, że para wodna unosząca się po zdjęciu pokrywy działa szkodliwie na odsłonięte części ciała. Dr Piechocki jest zdania, że stosowanie kremów ochronnych nie wydaje się celowe i skuteczne jako metoda zapobiegania zmianom skórnym. U pielęgniarek, które wykazywały już kliniczne objawy uczuleniowe na rękach, w postaci sączących zmian wypryskowatych, używanie gumowych rękawiczek w pracy pogarszało istniejące zmiany skórne. Wydaje się jednak, zdaniem dr. Piechockiego, że nawet pielęgniarki uczulone mogą dalej stykać się ze streptomycyną, jeśli zachowają zasadnicze środki ostrożności.

Leczenie

W kilku wypadkach opisywanych przez dr. Piechockiego stosowano chorym leczenie środkami antyhistyminowymi przez 1—2 tygodni po 3 tabletki dziennie. Żadna z pielęgniarek nie zauważyła poprawy, ponieważ jednak w czasie kuracji nie zaprzestały pracy, niepowodzenie lecznicze wydaje się być wytłumaczone.

Bardzo dobre wyniki leczenia antystyną w chorobach skóry uzyskał **Boczar**, który poleca ten lek, zwłaszcza w schorzeniach uczuleniowych jak np. w pokrzywce i w stykowym zapaleniu skóry.

Analizując powyższe przypadki autor dochodzi do wniosku, że należy spodziewać się dalszego narastania liczby przypadków uczuleń na streptomycynę u pielęgniarek z powodu szerokiego używania tego antybiotyku i w związku z tym należy pilnie przestrzegać stosowania sposobów ochronnych skóry przed działaniem alergenu.

J. T.

* * *

Z zeszycie 11/12 (1—15 czerwiec 1950) czasopisma „NOWINY LEKARSKIE" pielęgniarki pracujące w przemyśle lub w miejscowościach przemysłowych znajdą ciekawy i wyczerpujący artykuł **dr Raciążka** o zatruciach ołowiem. Autor wymienia szereg związków ołowiu najczęściej używanych w gałęziach przemysłu, które specjalnie szkodliwie oddziaływują na organizm ludzki, a zwłaszcza kobiecy, poza tym opisuje on objawy kliniczne i sposoby leczenia zatruć.

ODPOWIEDZI REDAKCJI

„UCZENNICA" Z KRAKOWA

W swym liście do Redakcji poruszyła Koleżanka szereg zagadnień, które interesują ogół słuchaczek szkół pielęgniarstwa.

Oto odpowiedzi na pytania:

1. Uczennica, która rozpoczęła naukę w Szkole Pielęgniarsko - Położniczej np. 1. IX. 1949 r. powinna ją skończyć i otrzymać dyplom w pierwszych dniach września 1952 r. lub później gdy miała dłuższą przerwę w nauce lub praktycznych zajęciach.

2. W zasadzie uczennica na oddziale ma prawo do jednego dnia wolnego w tygodniu podobnie jak stały personel szpitala, jednakże wobec braku personelu zdarza się, że wolnego dnia nie może wykorzystać w danym tygodniu. Należny jej wolny dzień powinna w takim wypadku wykorzystać w późniejszym terminie.

3. Okres praktyki dla uczennic na poszczególnych oddziałach jest ustalony obowiązującym programem nauczania.

4. Uczennica musi przejść przewidzianą programem praktykę na oddziałach szpitalnych i w instytucjach społecznej służby zdrowia w czasie szkolenia lub po otrzymaniu dyplomu, jeżeli przerwa w szkoleniu praktycznym nie była dłuższa niż 3 miesiące. Krótkie przerwy, 1—14 dni, może dyrekcja szkoły uwzględnić, jeśli uczennica posiada dostateczną praktykę na danym oddziale. Dłuższe przerwy uniemożliwiające słuchaczce poznanie danego działu pracy muszą być uzupełnione zgodnie z wytycznymi programu szkolenia.

Jeśli przerwa w praktyce lub teorii jest tak długa, że dokładne przygotowanie do zawodu nie jest już możliwe, uczennica po uzupełnieniu teorii i praktyki zdaje końcowy egzamin razem z następnym kursem tj. z półrocznym opóźnieniem. Decyzja w tej sprawie zapada uchwałą Rady Pedagogicznej Szkoły.

СОДЕЖРАНИЕ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch''. KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska''. Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, ¼ str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON w Łodzi. 5.000. Nr 544. V.51. D-2-22601